FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — **THÈSE** — N° 466

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 17 Juillet 1905, à 1 heure

Par JEAN PEYRACHE

Licencié ès-sciences

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital Péan

DES

Tumeurs Malignes de la Vulve et du Vagin

CHEZ LA PETITE FILLE

Président : M. KERMISSON, professeur.

Juges : MM. TERRIER, agrégé.
SÉBILEAU, agrégé.
PROUST, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Chaire	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TILLAUX. TERRIER. BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LABBÉ.	MERY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MEILLEUR AMI :

MON PÈRE

36597

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/tumeursmalignesd0000mker

A MES MAITRES :

SCIENCES NATURELLES

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DUBOIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR KŒHLER

MONSIEUR LE PROFESSEUR SAUVAGEAU

ENSEIGNEMENT CLINIQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE

Médecine. Hôtel-Dieu de Lyon, 1900

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Chirurgie. Hôtel-Dieu de Lyon, 1900

MONSIEUR LE PROFESSEUR RENAUT

Médecine. Hôtel-Dieu de Lyon, 1901

MONSIEUR LE DOCTEUR POLLOSSON

Gynécologie. Charité de Lyon, 1901

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAILLETON

Maladies de peau et voies urinaires. Antiquailles

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CAMPENON

Gynécologie et Chirurgie générale. Charité (Paris), 1902-1903

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Gynécologie. Hôpital Broca, 1903-1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Accouchements. Clinique Tarnier, 1904

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Chirurgie infantile et Orthopédie. Enfants-Malades, 1905

MM. LES DOCTEURS BROCHIN ET ROUSSEAU

Chirurgie. Hôpital Péan, 1905

A MON TRÈS HONORÉ MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR KIRMISSON

Professeur de Clinique chirurgicale infantile à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Le 22 février 1905, entrait dans le service de M. le professeur Kirmission, aux Enfants-Malades, une petite fille âgée de huit mois présentant à la vulve, une tumeur que l'évolution clinique et l'examen histologique firent reconnaître comme un myxo-sarcome. La rareté relative de ces faits donnait à notre observation un certain intérêt et M. le professeur Kirmisson nous conseilla d'en faire le point de départ de notre thèse inaugurale. Qu'il veuille bien nous permettre de lui adresser ici nos très sincères remerciments pour l'honneur qu'il nous fait de présider à ce travail, et pour l'excellente année que nous avons passée comme externe dans son service.

Nous adressons également l'expression de notre gratitude à M. Bize, chef de laboratoire aux Enfants-Malades qui voulut bien nous aider de ses conseils et de son expérience.

HISTORIQUE

TRAVAUX ET OBSERVATIONS

La première observation que nous avons pu recueillir sur le sujet qui nous occupe est publiée par Guersant, en 1854. Le travail de Lebert : *Traité pratique des maladies cancéreuses*, paru en 1851, ne mentionne aucune observation ayant trait à la vulve ou au vagin parmi les quinze cas de cancer recueillis chez les enfants.

Les thèses de Duzan (1876) et de Le Vaillant (1881) sur les tumeurs malignes de l'enfance, ne nous apportent, elles non plus, aucun élément et il faut aller jusqu'en 1883 pour trouver une autre observation. Celle de de Saint-Germain et Launois. Cette observation est citée la même année dans la thèse de Chauveau ; elle n'est accompagnée d'aucun autre cas.

Toujours en 1883, Picot dans une étude d'ensemble sur le cancer des enfants mentionne huit cas concernant la vulve, le vagin et l'utérus ; malheureusement les observations ne sont pas publiées et nous n'en connaissons

aucun détail. Le travail de Picot nous fournira donc seulement une donnée sur la fréquence.

Une thèse allemande de 1888 (Frick) publie un cas de Schuchardt avec guérison. Nous le retrouverons sous le numéro 11 de la statistique de Pick.

En 1891 une nouvelle thèse de Paris (Sassy) sur les tumeurs de la vulve publie le cas déjà cité de de Saint-Germain ; mais ne nous fournit aucun autre élément.

Une contribution importante à l'étude de la question est apportée en 1894 par le travail de Pick qui publie une statistique portant sur seize cas ; et en 1897, Veit fait paraitre dans le *Handbuck der Gynaekologie* une analyse de ces seize cas et de quatre nouveaux (cas de Holländer, Marshall, Rosenstein et Smith) parmi lesquels un autre avec gnérison.

Piéchaud et Guyot présentent en 1901 une nouvelle observation au Congrès de Nantes.

Citons également pour mémoire les thèses de Mariage (1895) de Fileux (1902) et de Barrère (1901) où sont cités quelques uns des cas énumérés précédemment, mais sans nouveaux faits.

Glanant encore dans la littérature médicale, nous avons enfin trouvé seize autres cas ce qui porte à quarante-neuf les observations de tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez l'enfant, dont nous avons connaissance. Ces quarante-neuf observations que nous publions les unes *in extenso*, les autres en résumé, constitueront la base de notre modeste travail.

N. B. — Nous nous contentons de citer, sans les publier les cas de Smith, Rosenstein et Markowics, qu'il nous a été impossible de retrouver bien qu'il en soit fait mention par d'autres auteurs, ainsi que les huit observations de Picot qui figurent seulement dans sa statistique.

Nous relatons tout d'abord l'observation prise dans le service de M. le professeur Kirmisson, qui nous est personnelle.

OBSERVATION I (personnelle).

Observation prise dans le service de M. le professeur Kirmisson.

Adelina B..., âgée de 8 mois, entrée le 22 février 1905 aux Enfants-Malades.

Rien d'intéressant à noter dans les antécédents héréditaires. Il y a trois autres enfants dans cette famille : deux très bien portants, le troisième rachitique.

La petite malade est née à terme et a été nourrie au biberon. Elle n'a jamais été malade.

A 4 mois 1/2, la nourrice a remarqué l'existence à la vulve d'une petite tumeur, et a montré l'enfant à un médecin. Celui-ci a fait des pointes de feu,puis des cautérisations,et à 6 mois, une petite opération sanglante. Malgré cela, la tumeur s'est reproduite, et son volume augmentant rapidement, la nourrice amène l'enfant à l'hôpital.

Etat à l'entrée, le 22 février 1905. — La vulve est complètement masquée par une volumineuse tumeur (voir fig. 1), que l'on peut comparer comme dimensions à la moitié d'un œuf dont l'extrémité la moins grosse serait en haut, et la tranche en arrière. La surface de la tumeur, arrondie dans son ensemble, est irrégulière, présentant de larges plaques de coloration blanc grisâtre, séparées les unes des autres par des sillons profonds de coloration beaucoup plus rouge. Ça et là, surtout à la partie supérieure, on voit quelques petites saillies arrondies et framboisées.

Fig. 1

État de la tumeur quand la malade est entrée à l'hôpital
(D'après un dessin de M. Warisse)

Au palper, on constate que ce néoplasme est constitué par une quantité considérable de petites tumeurs saillantes, serrées les unes contre les autres. Ces petites tumeurs sont surtout nombreuses et petites à la partie supérieure où elles prennent un aspect en chou-fleur.

Dans toute son étendue, la tumeur présente une consistance molle, un peu plus résistante cependant, dans sa partie inférieure.

Quand on l'abaisse en arrière, vers l'orifice anal, on voit qu'elle laisse libre en haut le clitoris et le capuchon clitoridien. Un sillon sépare le clitoris de la partie supérieure de la tumeur. Lorsque, au contraire, on la refoule en avant et en haut, on voit en arrière la commissure postérieure de la vulve et l'entrée du vagin.

Lorsqu'on cherche à soulever en masse toute la tumeur, on constate qu'elle est attachée par un large pédicule occupant toute la partie antérieure de la vulve. Sur le côté, les petites lèvres sont adhérentes aux parties latérales du néoplasme, au niveau de leur face interne.

Il est impossible de voir l'orifice de l'urèthre, cependant la miction paraît s'effectuer facilement.

L'enfant est dans un très bon état général.

Première opération, le 24 *février* 1905. — L'enfant mise dans la position de la taille est endormie. On cherche à repérer l'urèthre et l'ouverture du vagin. On trouve facilement sur la ligne médiane et à la partie inférieure l'orifice vaginal, mais il est impossible de découvrir le méat urinaire. Après des recherches assez prolongées, on se décide à enlever la partie saillante de la tumeur. On excise ainsi au thermo-cautère et aux ciseaux courbes la masse périnéale faisant saillie à la partie inférieure droite. Il reste à la partie supérieure gauche un lobule moins volumineux. On se rend compte alors par la palpation que la tumeur repose sur une base dure qui a la consistance d'un tissu fibreux érectile. On procède de même, avec des ciseaux courbes à l'ablation de ce qui reste de la tumeur, et on voit entre ses deux parties l'orifice uréthral où on introduit une sonde.

On se rend compte que le mamelon dur sur lequel la tumeur

reposait, est la colonne antérieure du vagin. Le méat urinaire est saisi entre des pinces et on résèque une partie de l'uréthre dégénérée (on la sectionne circulairement). Quelques vaisseaux qui saignent sont saisis avec des pinces et on met sur la vulve un pansement compressif. Durée de l'opération : 40 minutes (y compris le temps de chloroformisation)).

15 mars 1905. — La tumeur a récidivé au niveau de l'orifice de l'urèthre sous forme d'un bourgeon rougeâtre qui fait saillie à la vulve.

A ce moment. l'enfant est atteinte d'une bronchopneumonie. Pendant cette affection la tumeur a notablement augmenté de volume. Elle présente actuellement deux lobes qui font saillie à la vulve au niveau de l'orifice de l'urèthre.

Seconde opération : le 4 avril 1905. — Chloroformisation. On excise les deux lobes latéraux constituant la tumeur, en même temps que la portion de l'urèthre sur laquelle ils s'insèrent. Durée de l'opération : 12 minutes.

Il reste encore une portion du néoplasme au niveau de la colonne antérieure du vagin. De plus, quelques jours après cette seconde intervention, est apparue une petite tuméfaction occupant la partie supérieure de la petite lèvre gauche, sans changement de coloration de la peau.

Le 5 avril (le lendemain de la seconde opération), l'enfant a eu une petite hémorrhagie facilement arrêtée par le tamponnement.

Le 8 avril. De petits bourgeons granuleux font saillie au niveau de la partie inférieure de la colonne antérieure du vagin.

Le 17 avril. L'enfant a eu de la fièvre ces jours derniers. La tumeur augmente de volume de jour en jour. Elle présente une coloration rouge foncé, hémorrhagique, bien qu'elle ne saigne pas. L'état général se maintient assez bon.

Le 18 avril. La petite malade fait constamment des efforts

comme si elle avait besoin d'uriner. Par moments, la tumeur se réduit en partie.

Le 27 avril. Le néoplasme a énormément augmenté ; il a le volume d'une prune et un aspect bourgeonnant ; il recouvre presque toute la vulve. Par moments, l'enfant fait encore des efforts pour uriner.

Le 2 mai. On constate que la vulve en totalité est occupée par une masse considérable d'aspect plus lisse que la tumeur primitive, ce qui nous fait nous demander s'il s'agit d'une récidive ou d'un prolapsus de la muqueuse vésicale à travers l'urèthre.

Troisième opération : le 2 mai 1905. — L'enfant étant endormie, il devient facile de s'assurer qu'il s'agit d'une masse pédiculisée dure et non réductible. C'est donc bien une récidive (Voir fig. 2).

Comme lors de la première opération, il est impossible de découvrir le méat urinaire. On n'y insiste pas, puisque l'écoulement des urines s'est toujours fait librement. La masse principale étant excisée, il reste à la partie supérieure de la vulve, jusqu'au clitoris, de petites masses végétantes qui sont touchées au thermo. Il existe un écoulement sanguin assez abondant. Aussi pratique-t-on un tamponnement du vagin. Durée de cette troisième intervention : 13 minutes.

La tumeur ne tarde pas à récidiver, et M. le professeur Kirmisson institue alors un traitement radiothérapique. On fait à la petite malade quatre séances de radiothérapie durant de 5 à 8 minutes. On peut remarquer que depuis le début de ce traitement, la tumeur, sans régresser, reste tout au moins stationnaire.

Malheureusement, une petite épidémie de rougeole ayant éclaté dans le service, notre petite malade atteinte, passe le 20 mai dans le service de M. le docteur Richardière et succombe le 27 mai 1905.

FIG. 2

Récidive enlevée le 2 mai 1905 (Grosseur naturelle)

Autopsie pratiquée le 29 *mai* 1905. — Bronchopneumonie à la base des deux poumons : la valvule tricuspide est congestionnée et tuméfiée au niveau de son bord libre.

On enlève, par une incision circulaire, le périnée et la vulve, y compris le clitoris. On dissèque dans la profondeur les parties molles ainsi isolées et on enlève d'un seul bloc l'urèthre, la vessie, le vagin, l'utérus et ses annexes, et le rectum. On ouvre la vessie et on fait passer une sonde n° 10 dans le canal de l'urèthre : on constate que l'urèthre est parfaitement perméable et on l'ouvre sur la sonde, dans toute son étendue. Il y a environ 2 centimètres entre l'orifice vésical et l'orifice externe de l'urèthre. La muqueuse est saine le long du premier centimètre ; le second centimètre est constitué par du tissu scléreux, blanchâtre, à droite ; à gauche, c'est un tissu plus épais, rosé, légèrement végétant ; à la partie supérieure de l'orifice externe de l'urèthre sont des petites végétations constituées par cinq grains de la grosseur de fortes têtes d'épingles.

Le vagin est incisé sur toute sa longueur ; sa muqueuse est saine : mais, au niveau de la partie antérieure de l'urèthre, la paroi vaginale se confond avec la paroi uréthrale. La dissection des parties molles qui entourent l'urèthre se fait trés aisément, sauf au niveau de la portion antérieure qui est intimement adhérente au tissu cellulaire, lui-même très épaissi et induré.

Examen de la tumeur enlevée le 24 février 1905 (fait par M. Bize, à la suite de la première opération).

Par dessication et coloration à la thionine, on constate que la tumeur contient surtout : 1° des globules sanguins ; 2° des leucocytes polynucléaires peu abondants ; 3° des cellules rondes à gros noyau et à petit protoplasme présentant toutes les apparences des lymphocytes ; 4° des cellules étoilées à prolongement filiforme ; 5° des cellules irrégulièrement arrondies, à noyau très volumineux, prenant moins fortement la coloration que les noyaux des lymphocytes. Ces cellules sont plus volumineuses que les lymphocytes.

L'examen des coupes a porté sur divers fragments extirpés sur la tumeur primitive, sur les récidives opérées le 4 avril et le 2 mai et enfin sur les pièces enlevées lors de l'autopsie le 29 mai 1905.

Les deux premières pièces présentent la même structure histologique : celle-ci varie d'ailleurs selon qu'on examine soit les végétations superficielles présentant l'apparence de grains de raisin, soit le pédicule de la tumeur.

Les végétations superficielles sont constituées par un tissu mollasse, gélatiniforme. Au microscope, on constate que le stroma est formé par des cellules étoilées dont les prolongements protoplasmiques forment un réseau ou feutrage à larges mailles. Ces cellules possèdent un volumineux noyau, arrondi ou fusiforme, bien coloré par l'hématéine.

Dans les mailles circonscrites par les prolongements des cellules étoilées, on trouve des cellules arrondies, de diverses variétés :

1° Cellules à noyau très volumineux entouré d'un mince liséré protoplasmique (lymphocytes) ;

2° Cellules de dimensions un peu plus volumineuses et surtout à protoplasma plus abondant ;

3° Cellules à noyau multilobulé, ou franchement polynucléaires (leucocytes) ;

4° Cellules polynucléaires éosinophiles, en proportion relativement élevée ;

5° Globules sanguins.

Cette infiltration de cellules rondes est particulièrement développée sur les régions irritées par le traumatisme et le contact de l'urine. En effet, l'infiltration cellulaire du stroma coexiste avec des altérations du revêtement épithélial de la tumeur. Celle-ci est en effet recouverte sur toute sa périphérie par un épithélium pavimenteux stratifié.

Enfin, de très nombreux vaisseaux capillaires à parois bien différenciées parcourent la tumeur en tous sens.

Le pédicule est constitué d'une façon toute différente. Il est formé de faisceaux dirigés de la base à la périphérie de la tumeur. Ces faisceaux contiennent : 1° en majeure partie, des cellules très nombreuses, allongées, fusiformes, avec des noyaux de dimensions très variables, quelquefois très volumineux ;

2° de rares fibres musculaires ;

3° des vaisseaux.

Cette structure est celle du sarcome fasciculé.

En examinant la tumeur dans son ensemble, on constate que très serrés au niveau du pédicule, les faisceaux se divisent pour envoyer une ramification dans chaque végétation, formant ainsi

une sorte de charpente dont chaque lobule possède une branche. Les vaisseaux accompagnent ce squelette : les uns ont une structure normale, les autres présentent à peine quelques noyaux endothéliaux. En examinant ainsi la tumeur de sa base à l'extrémité libre, on parcourt les diverses étapes qui relient le sarcome au myxome. Plus on se rapproche de la base d'implantation, c'est-à-dire de l'urèthre, plus l'apparence sarcomateuse devient typique. Là, d'ailleurs, l'épithélium de revêtement des masses immédiatement enlevées à la base de la tumeur, prend les caractères de l'épithélium uréthral : il est cylindrique, stratifié. C'est immédiatement sous cette couche épithéliale, en pleine muqueuse uréthrale, que l'infiltration par les cellules sarcomateuses est la plus caractérisée.

Il était intéressant d'examiner les vestiges de tumeur retirés à l'autopsie, afin de juger des modifications produites par la radiothérapie. Le microscope permet en effet de constater une tendance à l'atrophie et à l'organisation fibreuse de la tumeur. Le tissu conjonctif est plus dense, semé de cellules embryonnaires ; les cellules sarcomateuses sont plus rares ; les vaisseaux ont une paroi mieux caractérisée.

En résumé. — La tumeur examinée est un myxo-sarcome ayant pour point de départ la muqueuse uréthrale. L'intervention chirurgicale a été suivie de récidives ; les pièces extirpées au cours de chaque opération et examinées au microscope présentaient chaque fois une structure analogue, et de nouvelles récidives paraissaient chaque fois de voir se reproduire. La radiothérapie semble avoir donné les meilleurs résultats : la structure de la tumeur a été notablement modifiée ; la cicatrisation était probable si le traitement avait pu être continué.

Voici maintenant les observations françaises et étrangères que nous avons pu recueillir sur la ques-

tion des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez l'enfant.

OBSERVATION II

P. Guersant. *Moniteur des hôpitaux*, *1854*, p. 187.

Mélia Gr., âgée de 13 mois, est amenée à la consultation de M. Guersant le 10 janvier 1854, pour une tumeur siégeant à l'orifice vulvaire. Cette enfant a été nourrie au biberon et n'a jamais eu aucune maladie. Vers le début de novembre 1853, elle fut prise de vomissements et c'est à cette occasion que les parents s'aperçurent de l'existence d'une tumeur siégeant à l'orifice vulvaire, qui prit, en huit jours, un rapide accroissement, puis resta stationnaire.

Un médecin consulté à ce moment donne les renseignements suivants :

La tumeur siégeait à l'orifice de la vulve ; elle était globuleuse, de la grosseur d'une aveline, insérée par un pédicule unique court, mais bien caractérisé sur la paroi uréthro-vaginale, vers la demi-circonférence supérieure de la membrane hymen. Cette tumeur fut liée le 6 novembre 1853 ; elle tomba quelques jours après, et la surface de la plaie fut cautérisée au nitrate d'argent.

Le 18 décembre, le même médecin appelé constate une récidive : une tumeur peu élevée, à base très large, non pédiculée, occupait l'entrée du vagin et une partie de l'orifice de l'urèthre, paraissant insérée comme la première fois sur la cloison uréthro vaginale. Cette tumeur était hérissée d'une foule de petites végétations d'une couleur rouge brunâtre, ressemblant à de petits grains de

raisin, d'une consistance molle, et saignant facilement. On fait de nouveau la ligature, et la tumeur étant enlevée, on cautérise la plaie au nitrate d'argent (21 décembre).

Le 7 janvier, nouvelle récidive. Le médecin conseille alors aux parents d'amener l'enfant aux Enfants-Malades.

L'enfant n'a jamais eu d'écoulement sanguin par la vulve : depuis quelque temps, elle tache son linge ; elle urine très difficilement et souffre en urinant. Les garde-robes sont pénibles aussi.

Depuis la seconde ligature, l'enfant a éprouvé certains troubles fonctionnels : elle a perdu l'appétit et a beaucoup maigri ; elle se plaint facilement par des cris ; elle a de temps en temps un peu de fièvre. Elle a en ce moment de la diarrhée.

10 janvier. L'orifice vulvaire est occupé par deux tumeurs d'aspect différent : la première antéro-supérieure, occupe le pourtour de l'orifice uréthral qui est refoulé vers le côté gauche et aplati par elle, et sur lequel elle semble prendre des points d'implantation. Elle laisse cependant en haut libre accès dans le canal de l'urèthre (le cathétérisme est facile). En bas, elle adhère à la seconde tumeur, de telle sorte qu'en essayant de pénétrer entre elles deux, on est arrêté par une bride formant cul-de-sac. Cette première tumeur, a la forme, à peu près, et le volume de l'extrémité d'un doigt ; elle est lisse, humide, rosée, et résiste à la pression du doigt. La seconde tumeur qui occupe l'entrée du vagin est molle, fongueuse, rugueuse, découpée sur les bords, rétrécie à son extrémité libre, évasée à l'extrémité par laquelle elle se prolonge dans le vagin, tandis que par son extrémité supérieure, elle se confond intimement avec la précédente. Son extrémité inférieure, au contraire est libre de telle sorte que le petit doigt peut pénétrer profondément dans le vagin. Cette seconde tumeur saigne facilement, et lorsqu'on pratique le toucher vaginal au dessous d'elle, on donne issue à une certaine quantité de

pus sanguinolent. On sent aussi sur la paroi antérieure du vagin, une sorte de corde qui fait suite à cette tumeur et se prolonge plus loin que le doigt ne peut atteindre. Lorsque l'enfant crie ou fait des efforts, la tumeur sort et paraît plus volumineuse du double : mais elle n'est en aucune façon réductible.

Le 11 janvier, état général bon : pas de fièvre ; la diarrhée a cessé.

Le 16. M. Marjolin fait le toucher vaginal, il réussit à passer l'index et suit la tumeur le long de la paroi antérieure du vagin, sentant son pédicule dans un point très élevé. Il ramène à l'entrée de la vulve une plus grande partie de la tumeur, et ce qui apparaît alors, lui semble formé par des granulations entées sur une tige commune. Depuis quelques jours, l'aspect de la tumeur a changé ; elle augmente de volume et prend une coloration noirâtre qui peut faire prévoir sa mortification et peut-être son élimination spontanée.

Le 18. Des escharres très superficielles apparaissent à la périphérie des tumeurs dont le volume continue à augmenter. Le clitoris s'infiltre et s'œdématie. Assez bon état général.

Le 19. M. Guersant présente l'enfant à la Société de chirurgie où elle est examinée par M. Huguier. Ce chirurgien a exploré le rectum et la vessie qui ne lui ont paru avoir aucune connexion intime avec la tumeur. La vessie est ample et conserve facilement l'urine. Il a pu arriver jusqu'au point d'insertion de la tumeur, en suivant la paroi antérieure du vagin et ramener une partie du pédicule avec le doigt recourbé, jusqu'auprès de l'orifice vulvaire. Il a pu sentir aussi le col de l'utérus qui est parfaitement sain. Cette tumeur est pour M. Huguier une hypertrophie de l'appareil folliculaire et du tissu cellulaire qui forment la colonne antérieure du vagin. Ce chirurgien croit qu'il y a lieu d'opérer, la tumeur devant, dans le cas contraire, entraîner fatalement la mort de la malade, puisqu'elle est déjà frappée de sphacèle en quelques points.

D'ailleurs il n'y aurait guère d'autre accident à redouter, par le fait de l'opération, que l'hémorrhagie.

Le 24. La tumeur a beaucoup augmenté. Elle n'est plus lisse comme au début ; elle est bosselée, et son aspect a beaucoup plus d'analogie avec celui que présentent les tissus de mauvaise nature. En pratiquant le toucher vaginal, on sent le cathéter qu'on vient d'introduire dans la vessie ; mais en même temps, on peut se convaincre que la tumeur occupe la cloison vésico-vaginale.

Le 28. La tumeur a été examinée par M. Lenoir. Ce dernier a constaté aussi que la tumeur se prolonge sous la paroi antérieure du vagin, mais sans en être détachée. Ses résultats diffèrent de ceux de M. Huguier en ce qu'il n'a pu rencontrer le col utérin, ni ramener avec l'extrémité de l'index le pédicule libre de la tumeur. Du reste M. Huguier qui a de nouveau examiné l'enfant, nous a rendu témoin de ce fait qu'il ramenait quelque chose ; mais ce n'était peut-être qu'un nouveau lobe de la tumeur en tous points semblable à ceux qui se développent librement au dehors, et rien n'indique qu'elle se termine là.

La tumeur inférieure est maintenant égale en volume à la supérieure et a pris le même aspect.

L'enfant tousse assez habituellement. Elle refuse tout aliment et ne prend plus qu'un peu de décoction de guimauve et de café. Elle maigrit et s'étiole.

Le 31. M. Guersant porte une ligature le plus loin possible sur le pédicule de la tumeur. (On a pris soin d'éviter de comprendre l'orifice uréthral dans la ligature). Pendant l'exploration qui a précédé la ligature, un flot de pus fétide est sorti du vagin ; en outre M. Guersant a ramené avec le doigt cinq ou six lobes distincts de la tumeur : l'un d'eux cédant à la traction, a été arraché. Il est de couleur blanchâtre, d'aspect gélatiniforme, et

semble infiltré de sérosité, il présente une grande analogie avec les polypes muqueux des fosses nasales.

1er février. La tumeur est noirâtre ; l'enfant urine bien.

Le 2, une autre ligature circulaire est placée à la base de la tumeur, en prenant la précaution de mettre un cathéter dans l'urèthre pour le protéger.

Le 3, la tumeur ne tombant pas, M. Guersant l'excise aux ciseaux. La tumeur résiste assez au tranchant de l'instrument, car ainsi que nous l'avons vu plus tard, son centre formait un noyau qui avait échappé à la mortification. Ecoulement sanguin insignifiant. On cautérise la plaie au nitrate d'argent.

L'enfant est assez tranquille : état fébrile modéré.

Pas d'hémorrhagie, pas de convulsions.

Toutefois elle succombe à 7 heures du soir.

Autopsie pratiquée 36 heures après la mort. — Les organes génitaux et urinaires sont enlevés et disséqués avec soin. Nous constatons les faits suivants :

A l'orifice vulvaire, plus de vestiges de la tumeur, la partie du pédicule sur laquelle a porté l'excision s'étant rétractée. Le clitoris est œdématié.

Ni la vessie, ni le rectum, ni l'utérus et ses annexes (trompes, ovaires), ne sont intéressés par la maladie, ces organes ont un aspect et un volume normaux. La partie latérale droite du vagin ne présente non plus rien d'anormal du côté de la surface externe ; du côté gauche, au contraire, on reconnaît la saillie formée par la tumeur contenue dans ce conduit, saillie qui occupe toute la longueur du vagin jusqu'au cul-de-sac péritonéal, en s'avançant dans une étendue plus considérable du côté de la paroi postérieure.

Le vagin étant incisé du côté gauche, nous remarquons : 1° l'épaisseur de ses parois (5 mm.) ; 2° la couche de tissu cellulaire sous-muqueux paraît être le siège spécial de cette hyper-

trophie ; 3° le diamètre considérable du conduit, circonstance que la facilité avec laquelle les explorations étaient faites, avait permis d'apprécier pendant la vie.

Le col de l'utérus est parfaitement sain et présente son volume normal.

La surface interne du vagin présente les altérations suivantes : la muqueuse d'un gris-rougeâtre, et sur laquelle les rides transversales, sont très marquées, présente dans la plus grande partie de son étendue, mais surtout, au voisinage de l'orifice vulvaire, de petites tumeurs blanchâtres. résistantes ; quelques-unes de ces tumeurs sont sessiles, les autres insérées par un pédicule très court, un grand nombre présentent seulement le volume de grains de millet, mais elles s'élèvent par degrès à un volume plus considérable, et assez près de l'orifice vulvaire, on voit, sur la colonne postérieure du vagin, un groupe formé par trois ou quatre de ces tumeurs tri ou quadrilobées présentant à peu près le volume d'une fraise. Adhérant à la surface interne du vagin par une large base, et flottant librement dans ce conduit, par son extrémité libre, arrondie.

Mais c'est sur la partie latérale gauche du vagin que siège celle de ces tumeurs qui est de beaucoup la plus considérable : celle-ci présente à peu près le volume d'un petit doigt, elle a 4 cm. 5 de long ; sa base, qui a 1 cm. 5 de large et qui est comme bifurquée, s'implante assez près de l'orifice vulvaire ; la tumeur se prolonge ensuite en n'adhérant que dans une faible étendue aux parois du vagin, jusqu'auprès du col de l'utérus. La base de la tumeur dont nous parlons atteint les limites de celle qui a été excisée ; elle paraît cependant en avoir été indépendante et n'avoir eu avec elle que des rapports de voisinage.

L'examen microscopique du noyau central de la tumeur excisée a montré qu'elle était formée de tissu fibreux ; il est juste de

dire que la constriction éprouvée par le pédicule avait pu en altérer la texture intime.

Quant aux tumeurs encore adhérentes au vagin, elles n'auraient pu être examinées au microscope avec fruit, car elles avaient été mises dans l'alcool.

OBSERVATION III

Observation publiée par M. de Saint-Germain. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1883).

La nommée Vanne... Louise, âgée de 5 ans, est amenée à l'hôpital des Enfants, service de M. le Docteur de Saint-Germain, le 5 mai 1882, salle Sainte-Pauline, n° 31.

La mère raconte que depuis très longtemps, elle a remarqué au niveau de la vulve de son enfant l'existence d'une tumeur qui ne l'a pas inquiétée d'abord, mais qui depuis quelque temps augmente rapidement de volume. L'enfant ne se plaint pas : elle n'a jamais été malade, ses parents jouissent d'une bonne santé.

On constate en effet entre les deux grandes lèvres une masse molle pédiculée à son extrémité supérieure, renflée et lobulée à son extrémité inférieure. En haut elle se continue directement avec la peau qui forme le capuchon du clitoris, en bas, elle présente des mamelons séparés par des sillons assez profonds.

La peau qui recouvre cette tumeur présente la même pigmentation que celle des parties voisines ; il n'existe aucune modification apparente de la vascularisation.

En soulevant la tumeur, on trouve à la partie médiane un sillon assez profond qui continue la fente vulvaire ; il est tapissé par une muqueuse rose, en continuité avec celle qui tapisse la face

interne des petites lèvres, les lobules sont beaucoup plus nombreux et plus espacés qu'à la partie antérieure. Les grandes lèvres sont normales ; elles sont écartées l'une de l'autre en haut, au niveau du point d'implantation de la tumeur.

Il n'existe aucune autre malformation des parties génitales ; les ganglions inguinaux ne sont pas hypertrophiés.

On pense à une hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon.

L'enfant est anesthésiée le 6 mai ; on passe la chaîne de l'écraseur et on fait la section au niveau du point le plus rétréci, à la partie supérieure, aussi haut qu'il fut possible. Des tampons d'amadou préalablement phéniqués sont appliqués sur la plaie qui mesure en hauteur environ un centimètre. Le soir on remarque que l'enfant à perdu une certaine quantité de sang ; cette hémorrhagie s'est produite pendant des efforts de défécation. Le pansement est renouvelé.

L'enfant quitte l'hôpital le 13 mai. La cicatrisation est presque complète.

Le 23 juin, l'enfant est amenée à la consultation. Elle souffre beaucoup et la mère dit que la tumeur est repoussée et qu'elle est beaucoup plus volumineuse qu'autrefois. En examinant l'enfant, on constate en effet une masse rougeâtre, rappelant par son aspect et sa forme celle d'une verge ; elle mesure 6 centimètres en hauteur et 3 en largeur. Elle est rétrécie à sa partie supérieure et présente un second rétrécissement à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur. La surface est lisse et rouge, la peau ne recouvre pas l'extrémité inférieure qui est rougeâtre et ulcérée. Le renflement qu'elle forme rappelle tout à fait celui du gland ; il existe même un bourrelet à sa base, au niveau du point où la peau s'arrête. La consistance de la tumeur est assez ferme ; elle est égale dans toute l'étendue ; on ne peut soulever la tumeur pour examiner sa face inférieure. Il

existe de l'érythème du périnée déterminé par l'urine dont l'écoulement est gêné, et par le liquide purulent que fournit l'ulcération de la partie inférieure. Il n'existe aucune modification dans le volume des ganglions de la région.

Le 30 juin, M. de Saint-Germain fait une seconde opération, en insistant bien sur ce fait que son intervention n'est que palliative et que la tumeur récidivera quoi qu'on fasse. Il donne la préférence à l'anse galvanique qui permet une ablation aussi complète que possible sans hémorrhagie. La surface d'implantation est cautérisée à l'aide du couteau galvanique. Des compresses froides sont appliquées sur la plaie.

Le 25 septembre, on fait une seconde ablation à l'aide de l'anse galvanique, de nouvelles masses qui s'étaient reformées au niveau de la partie supérieure des grandes lèvres et dans la région du mont de Vénus. Les mêmes cautérisations sont faites avec le couteau sur la surface d'implantation.

Le 4 octobre, on constate un nouveau bourgeonnement et cette fois la reproduction a été encore plus rapide. Le tissu de nouvelle formation forme de grosses fraises d'un blanc rougeâtre, implantées sur la partie inférieure de la région pubienne. On fait, à la base des tumeurs des incisions en surface, et on enfonce dans les trajets ainsi formés des flèches de pâte de canquoin. Le caustique agit sur une assez grande étendue, mais la marche de l'affection n'est pas entravée ; le tissu de nouvelle formation se reproduit dans les sillons d'élimination des parties sphacélées.

Le 15 novembre, on constate l'état suivant : toute la vulve et la région pubienne sont envahies. Les deux grandes lèvres sont transformées en masses lobulées, variant du volume d'une noix à celui d'un petit œuf, d'un blanc rosé. Une des plus volumineuses occupe la partie supérieure de la lèvre droite ; on en trouve d'autres plus petites sur le côté gauche. Une masse très grosse occupe la commissure inférieure de la vulve et vient

pendre au devant de l'anus. La vulve est envahie dans toute son étendue, aussi on ne peut se rendre compte de l'état des parties profondes.

Le pubis est envahi, ainsi que la partie inférieure de la paroi abdominale. Un peu à droite de la ligne médiane de cette paroi, existe une petite tumeur rouge, non douloureuse, au niveau de laquelle la peau est luisante. Elle présente beaucoup d'analogie avec ces petites tumeurs, qu'on trouve dans la peau, au voisinage des tumeurs malignes (épithélioma des lèvres, cancer du sein). Dans le pli inguinal gauche, on trouve une augmentation de volume considérable des ganglions supérieurs ; à droite, elle est moins marquée. Les ganglions inférieurs sont beaucoup moins hypertrophiés. La palpation de l'abdomen est difficile à cause de la douleur assez vive qu'elle détermine : on ne peut se rendre complètement compte de l'état des ganglions de la fosse iliaque interne ; ils semblent néanmoins hypertrophiés. Depuis quelque temps, l'enfant a de l'incontinence d'urine, et depuis quelques jours, de la diarrhée. Son état général qui, jusque dans les premiers jours d'octobre, était assez satisfaisant, a beaucoup changé. La petite malade dépérit de jour en jour, et n'a plus d'appétit ; il est probable qu'elle ne tardera pas à succomber, la cachexie faisant de rapides progrès.

Examen histologique. — Nous avons pu examiner la portion enlevée le 6 mai, et à plusieurs reprises, le tissu de nouvelle formation des récidives.

Sur une coupe de la tumeur enlevée, au moment de la première intervention on voit à un faible grossissement en quelques points que le revêtement normal de la muqueuse est conservé sans épaississement : dans la plus grande étendue de la surface, ce revêtement fait défaut, mais il est probable qu'il est tombé pendant le montage de la préparation, à cause des vestiges que l'on rencontre en quelques points. La couche sous-jacente de l'épi-

thélium est constituée par une substance de coloration variable suivant les points, répondant à une confluence inégale de petits éléments ronds : on distingue entre eux un grand nombre de vaisseaux capillaires sanguins, dont le contour est parfaitement net. La couche profonde de la coupe de la tumeur montre à ce grossissement des faisceaux intriqués en tous sens, entre lesquels sont disposés de petits îlots de configuration très irrégulière, formés par un pointillé rouge. Cette partie, creusée de quelques vacuoles vides de sang, est cependant beaucoup moins vasculaire que la précédente.

A un fort grossissement, la couche sous-épithéliale ci-dessus mentionnée présente des éléments arrondis, ovoïdes, pourvus d'un très petit corps cellulaire, et d'un noyau prenant fortement le carmin, très volumineux. Ces éléments sont très serrés les uns contre les autres. En d'autres points plus transparents de cette même zone, les éléments figurés prennent un aspect fusiforme ou étoilé et sont séparés par une masse très abondante de matière amorphe et granuleuse. Les capillaires sanguins, gorgés de globules rouges, n'offrent rien de particulier à signaler, sauf leur rapprochement et leur abondance.

Dans la couche profonde, les faisceaux entrecroisés sont plus spécialement composés d'éléments fusiformes avec des prolongements assez étendus. Les îlots de cellules rondes et ovoïdes interposés entre ces faisceaux de corps fibro-plastiques sont d'un volume et d'une configuration très variables. Ces éléments semblent s'infiltrer entre les faisceaux que nous avons signalés comme des cellules migratrices. Cette même couche, moins vasculaire que la précédente, rappelle tout à fait ce que les auteurs décrivent sous le nom de sarcome fasciculé.

Les coupes portant sur la tumeur enlevée après la première récidive, offrent une structure fort analogue à celle qu'on vient de décrire : il convient cependant de mentionner que la couche-

épithéliale, formée d'éléments arrondis et ovoïdes forme une plus grande épaisseur, relativement à la couche des faisceaux de corps fibro-plastiques.

Le point de départ de ce néoplasme ne peut être placé dans la couche épithéliale, à cause de son intégrité relative et à cause de la forme tout à fait caractéristique des éléments arrondis et ovoïdes formant la plus grande partie de la tumeur qui ne rappelle en rien, ni comme apparence, ni comme mode de groupement, les îlots épithéliaux de l'épithélioma. Ces éléments dérivent des cellules existant normalement dans le derme de la muqueuse de cette région.

En résumé, cette tumeur peut être classée parmi les tumeurs fibroplastiques dont elle offre tous les caractères habituels cliniques de malignité.

OBSERVATION IV

Howard Marsh. *Pathol. transact.*, London, 1874.

M. Howard Marsh rapporte un cas de tumeurs polypoïdes de la vessie et du vagin chez une enfant, âgée de 2 ans, soignée dans son service au Great Ormond street Hospital.

La mère de l'enfant a remarqué qu'une grosseur analogue à un grain de raisin sortait du vagin dès l'âge de 1 an. Cela ne saignait pas ; il n'y avait aucune douleur ni aucune difficulté dans la miction.

La tumeur fut enlevée par une ligature. Des tumeurs semblables apparurent dans le cours des quelques mois suivants, et furent également enlevées par des ligatures. Alors, on nota une complète incontinence d'urine ; l'enfant faisait des efforts, souf-

frait, en même temps qu'on constatait un écoulement vaginal. Elle perdit ses forces rapidement ; les douleurs et les efforts devinrent de plus en plus fréquents et la mort survint seize mois après le commencement de la maladie.

A l'autopsie, tous les organes furent trouvés sains, sauf le vagin et la vessie. L'examen de ces organes, très intéressant, fut fait par le comité des tumeurs malignes ; la vessie renfermait des tumeurs limitées à la base et au col, tandis que les tumeurs du vagin étaient confinées à la paroi antérieure, là où elle est en contact avec la vessie. Entre le vagin et la vessie était une masse solide et dense qui n'est pas nettement délimitée.

L'examen microscopique montra que la tumeur était constituée par de grosses cellules rondes, avec une base de tissu conjonctif. C'était clairement un sarcome à grosses cellules rondes.

OBSERVATION V

Sänger. *Arch. f. Gyn.*, Bd XVI. p. 58.

Petite malade, âgée de 2 ans et 8 mois, qui est amenée à l'hôpital, atteinte d'un sarcome primitif du vagin. Il y avait de nombreuses masses polypoïdes insérées par une large base à la paroi antérieure du vagin. Les ganglions inguinaux étaient envahis. La tumeur récidiva très tôt après avoir été enlevée et la malade succomba à l'âge de 3 ans 1/2.

On trouva que la vessie, les ligaments larges et les ganglions lombaires étaient infiltrés de néoplasme.

Il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes contenant peu de cellules fusiformes. La tumeur était recouverte d'épithélium.

OBSERVATION VI

Observation publiée par Ahfeld. *Archiv für Gynaekologie.* Berlin, t. XVI, 1880, p. 135.

En juillet 1876, entra à la clinique chirurgicale de Leipzig une enfant, âgée de 3 ans 1/2, très chétive comme état général, et porteuse d'une tumeur ulcérée sur le clitoris. Cette tumeur est divisée en deux parties : une antérieure comprenant toute la région du clitoris, une postérieure au niveau de la commissure postérieure des lèvres. Un cathétérisme de la vessie donne 410 centim. cubes d'urine trouble et très ammoniacale. L'exploration ou toucher anal révèle que tout le petit bassin est rempli par une tumeur dure englobant le rectum. La région inguinale est fortement bombée et, sous la symphyse, on peut sentir une tumeur se prolongeant jusque dans le grand bassin.

La tumeur du clitoris a une circonférence de 25 centimètres. La tumeur postérieure faisant saillie à la commissure des lèvres a un diamètre de 4 centimètres 5, en avant et de 5 centimètres à sa partie la plus reculée.

L'enfant a une forte diarrhée ; elle va de plus en plus mal, et meurt le 20 août.

On n'a pas de renseignements sur l'évolution de la maladie avant l'entrée de l'enfant à l'hôpital.

Résultats de l'autopsie. — La tumeur remplit tout le bassin. L'utérus, la vessie et le vagin ont leurs parois épaissies. La paroi antérieure de l'utérus presse le col de la vessie et l'urèthre contre la symphyse. Les organes pelviens sont remplis par une

masse de polypes occupant le bassin dans toute sa hauteur. Les trompes, les ligaments larges sont fortement épaissis.

Quant aux organes genitaux externes ils sont largement hypertrophiés et leur surface est ulcérée. La tumeur principale, siégeant a la commissure postérieure presente une lumière à sa coupe, lumière remplie par une masse polypeuse ; la paroi antérieure a une épaisseur de 1 cm. 5 ; la postérieure 1 cm. 7.

L'utérus a une longueur de 6 centimètres : 3 cm. 5 pour le col, 2 cm. 5 pour le corps. Les parois sont assez régulièrement épaissies et, dans sa partie inferieure, le col est plus large et la paroi plus épaisse. Pour le corps uterin, la paroi anterieure est de 1 centimètre, la postérieure 1 cm. 2. La vessie est également très epaissie et porte sur sa paroi posterieure une tumeur de la grosseur d'une noisette, faisant saillie dans sa cavité.

Quant à la nature de cette néoformation, l'aspect macroscopique laisse penser à un sarcome. L'examen microscopique confirme ce diagnostic. Il s'agit, pour la tumeur principale, d'un fibro-sacrome, avec developpement plus intense par places, de tissu conjonctif. La tumeur de la vessie a la méme constitution ; seulement, il y a ici un développement remarquablement plus intense de cellules rondes. Les lymphatiques sont également envahis par la nèoformation sarcomateuse.

OBSERVATION VII

Soltmann. *Jahrb. f. Kinderh.* N. F., Bd. XVI

La malade amenée à Soltmann était âgée de 2 ans 1/2. Son vagin renfermait des tumeurs à prolongements, polypiformes, prenant naissance sur la paroi antérieure du vagin et intéressant la vessie.

La mort survint au milieu de symptômes urémiques.

La tumeur datait d'un an. Il s'agissait d'un sarcome du vagin à cellules rondes ; la partie envahie de la vessie contenait des cellules fusiformes.

OBSERVATION VIII

Steinthal. *Virch Arch.*, Bd. XVI

Enfant de deux ans présentant une tumeur qui s'est développée depuis huit mois sur la paroi antérieure du vagin.

Cette tumeur est enlevée, et récidive huit semaines après pour acquérir bientôt le volume d'une noix.

Nouvelle ablation.

La malade succombe d'urémie six mois après. Il s'agissait d'un myxo-sarcome.

OBSERVATION IX

Hauser. *Wirchow Archiv.*, Bd. 88. 1882.

Il s'agit d'une enfant chez laquelle, à l'âge de six mois, on remarqua des tumeurs sarcomateuses partant de la paroi antérieure du vagin.

Ces tumeurs se reproduisirent rapidement après avoir été enlevées et la malade succomba environ dix-huit mois plus tard.

Les tumeurs examinées microscopiquement, étaient constituées par des cellules rondes et des cellules fusiformes, et renfermaient des fibres musculaires lisses et striées, avec des ilôts d'épithélium.

La tumeur paraît avoir eu son point de départ dans la face antérieure du vagin.

OBSERVATION X

Demme. *Neuzehnter jahrsbericht des jennerschen Kinderhospital Bern*, 1881.

Il s'agit d'une fillette de 5 ans 1/2 qui présente entre les deux petites lèvres une tumeur du volume d'un noyau de pêche. Cette tumeur existait dès la naissance : elle avait alors le volume d'un pois. Elle s'est accrue lentement et s'est pédiculisée. Elle saignait facilement.

Une première opération est faite à l'âge de 5 ans 1/2. La tumeur récidive 5 semaines après.

Une seconde intervention a lieu 9 semaines après. Il y a de nouveau récidive.

Une troisième opération est pratiquée 3 mois après. La récidive est cette fois-ci plus lente à se produire. Toutefois elle a lieu et l'enfant meurt à l'âge de 7 ans (1 an 1/2 après la première opération).

La tumeur primitive et les récidives étaient du fibro-sarcome qui semblait avoir son origine sur le côté droit du vagin (tiers postérieur).

OBSERVATION XI

Babes. *Ziemssens spec. Path. und Ther.*, XIV.

Il s'agit d'une tumeur développée à l'entrée du vagin chez une

petite fille de 3 ans : tumeur de la grosseur d'une noix, mobile libre de toute adhérence, molle et lisse.

On l'avait prise pour un endothéliome.

Elle était constituée par des vaisseaux à paroi amincie, tapissés de cellules endothéliales proliférant et très volumineuses. Ces vaisseaux étaient en partie oblitérés et semblaient remplis d'éléments fusiformes.

A première vue et à faible grossissement, la tumeur donnait l'impression d'un sarcome à cellules fusiformes.

Trois ans après l'opération, récidive. La tumeur est plus grosse, molle et ulcérée. A sa surface, la peau est amincie et lisse. Sous l'épiderme ou trouve des espaces lymphatiques et quelques capillaires avec des cellules endothéliales dilatées.

Ce cas est important pour expliquer la genèse des cellules fusiformes dans beaucoup de sarcomes : on peut supposer que ces cellules fusiformes sont le résultat d'un développement atypique des cellules endothéliales.

OBSERVATION XII

Marshall. *Brit. méd. Journ.*, 1889.

Le Docteur Lewis Marshall de Nottingham vit une enfant âgée de deux ans et sept mois présantant une tumeur née de la face postérieure du vagin. Elle fut enlevée, mais récidiva bientôt.

La tumeur fut de nouveau enlevée le 16 mai 1881. L'enfant mourut le 24 mai de péritonite généralisée qui parut bien n'avoir aucune relation avec l'intervention pratiquée.

L'autopsie montra un foyer de suppuration près de l'ovaire gauche. La cause de cette péritonite ne fut pas reconnue.

OBSERVATION XIII

Schustler. *Wien. Klin. Vochenschr.*, 1888, n° 6.

Schustler rapporte un cas concernant une enfant âgée de 4 ans qui jouit d'une bonne santé jusqu'à 4 mois avant l'époque à laquelle elle fut montrée au médecin.

Elle commençait alors à souffrir d'un écoulement purulent par le vagin, et deux mois plus tard on voyait plusieurs tumeurs rondes sortir de sa vulve quand elle criait ou faisait des efforts.

Ces tumeurs furent enlevées, et pendant l'opération le toucher vaginal révéla la présence d'une tumeur prenant son origine sur la paroi vésico-vaginale (par conséquent, sur la paroi antérieure du vagin). Cette tumeur s'ulcéra ultérieurement. Elle fut enlevée et on constata que c'était un myxo-sarcome.

Il y avait un peu de dysurie, mais pas de cystite, ni de rétention d'urine. La défécation s'effectuait normalement.

OBSERVATION XIV

Sarcome polypeux du vagin chez une fillette de 2 ans 1/2.
Frick. Inaug. Dissert. Halle, 1888.

Frieda K..., 2 ans 1/2 fut amenée à Volkmann le 17 septembre 1885. Enfant bien portante et bien développée. Parents sains. Au printemps de 1885, l'enfant eut la coqueluche. Depuis ce temps vers la Pentecôte, la mère aperçut sortant par le vagin, une

tumeur du volume d'une grosse fève, de couleur rouge foncé ; plus tard, l'aspect de la tumeur devint blanchâtre.

Pendant le mois d'août, la tumeur ne se montra pas durant quatre semaines : quand elle se montra de nouveau, elle parut considérablement augmentée.

De temps en temps elle causait des hémorrhagies insignifiantes quelquefois, elle provoquait des douleurs. jamais considérables cependant. Pas de gêne dans la miction et la défécation.

A l'examen, sous le chloroforme, on trouva l'hymen intact. A l'entrée du vagin se présentait une tumeur polypeuse grosse comme une noisette. de couleur rouge foncé, qui était adhérente à la paroi vaginale postérieure par un mince pédicule, long de un à deux centimètres. Aucune altération appréciable des organes contenus dans le bassin. Les ganglions iliaques ne sont pas tuméfiés.

Opération pratiquée par Volkmann, l'enfant étant placé dans la position de la taille. La tumeur polypeuse fut enlevée et depuis, on réséqua une partie de la paroi vaginale postérieure grosse comme une pièce de 10 thalers. Guérison.

Le 16 octobre 1885, quatre semaines après l'opération, la guérison persistait.

Le 22 mai 1886. Les parents reviennent trouver Volkmann car depuis six semaines, l'enfant qui, entre temps, a eu la scarlatine, présente une nouvelle tumeur à l'entrée du vagin. Celle-ci est déjà d'un certain volume ; comme la tumeur primitive, elle est de la grosseur d'une noix et de structure lobulée ; à la pression elle fait issue hors du vagin. La tumeur adhère par une base assez large à la paroi vaginale postérieure au point même où siégeait la première tumeur.

Opération très complète.

Guérison le 31 mai 1886.

L'enfant est revue le 26 mai 1888 et présentée au congrès de

gynécologie. La guérison persistait. Pas l'ombre d'une récidive.

Examen microscopique de la tumeur. Sarcome à cellules rondes et fusiformes avec grande prédominance de cellules rondes.

La tumeur enlevée après la récidive avait tout à fait la même structure que la tumeur primitive.

C'est le seul cas de guérison qui ait été publié jusqu'ici (1888).

OBSERVATION XV

Frick. *Arch. Virchow,* Bd. 117, Heft, 2.

Petite fille âgée de 7 mois présentant une tumeur qui sortait hors de la vulve. Cette tumeur est rouge pâle et de la grosseur d'une noisette : elle est insérée sur la paroi droite du vagin. On en pratique l'ablation.

Récidive rapide qui envahit tout le vagin.

Mort 3 ou 4 mois après l'opération.

OBSERVATION XVI

Schuchardt. *Verhandl. der Deutsch. Gesellsch. f. Gynäkol*, 1888.

Enfant âgée de sept mois présentant une tumeur développée sur le côté droit du vagin. La tumeur fut enlevée, mais récidiva quinze jours plus tard.

La malade mourut cinq mois après et la tumeur fut reconnue être un sarcome à cellules mixtes, de nature angiomateuse,

OBSERVATION XVII

1er *Cas.* —Tredhan Jeanne. Kolisko, *Wien Klin. Wochensch.*, 1889.

Malade âgée d'un an 1/2 porteuse d'un sarcome polypeux du vagin situé à gauche, à 3 centimètres au dessus de l'orifice.

Mort au bout de quatorze jours. Il n'y a eu aucune intervention. Diagnostic : Sarcome exulcéré du vestibule, ayant envahi le vagin, l'urèthre, le fond de la vessie et le col utérin. Urocystite, pyélite et pyélonéphrite consécutives.

OBSERVATION XVIII

2me *Cas.* — Floh Léopoldine. (Kolisko).

Age : 1 an.

Sarcome polypeux du vagin avec infiltration de la paroi postérieure du vagin. Ablation, récidive et nouvelle opération. Pyométrie et péritonite purulente consécutives.

Mort cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Examen microscopique : myosarcome.

OBSERVATION XIX

3me *Cas.* — Heindl Marie. (Kolisko).

Age : 18 mois.

Tumeur polypeuse de l'orifice externe du vagin.

Extirpation au galvanocautère.

Récidive et nouvelle ablation aux ciseaux et à la curette.

Suppuration abondante et mort trois semaines après l'entrée.

Diagnostic : Sarcome polypeux : myo-fibro-sarcome. Péritonite purulente diffuse.

OBSERVATION XX

Körner. *Inaug. Dis. Göttingen*, 1892.

Malade âgée de 2 ans, qui succomba en quelques mois. La tumeur. dans cette observation était un fibro-sarcome ayant son origine sur la partie postérieure du vagin, et infiltrant toutefois la cloison vésico-vaginale.

Le vagin était rempli de nombreuses masses polypoïdes.

OBSERVATION XXI

Pick. *Arch. f. Gynækolog.*, Bd. 46, 1894.

Il s'agit d'une enfant de 2 ans qui lui est présentée, souffrant de douleurs abdominales. Une tumeur fait saillie hors de la vulve quand la malade fait des efforts, comme elle est obligée d'en faire pour uriner; la tumeur a le volume d'un poing.

Les douleurs s'aggravent bientôt, et l'enfant présente un écoulement vaginal d'odeur fétide.

Elle est examinée pour la première fois en mars 1902 et elle meurt en septembre de péritonite.

La tumeur était un sarcome fuso-cellulaire qui avait envahi les organes pelviens.

On ne voyait aucune autre localisation dans les autres organes. Pyométrie.

Les reins étaient congestionnés, mais non altérés.

OBSERVATION XXII

Holländer. *Berliner Klinish*, v. 1896, nº 31.

Enfant de 9 mois, porteuse d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, remplissant le vagin et s'accompagnant d'un écoulement sanguinolent qui dura six ou huit semaines.

On pratique l'extirpation totale de l'utérus et du vagin par la voie para-sacrée (méthode d'Israël). Guérison au bout de quatre semaines, qui s'est maintenue. Quand l'enfant est sortie de l'hôpital après trois mois, aucune récidive ne s'était produite.

La tumeur, examinée microscopiquement, était un sarcome fuso-cellulaire.

OBSERVATION XXIII

Observation publiée par Piéchaud et Guyot au Congrès de Nantes, 1901.

A. P..., fillette de 25 mois.

Antécédents héréditaires : nuls.

Antécédents personnels : réduits à bien peu de chose, puisque jusqu'au jour où l'affection se traduisit par ses premiers symp-

tômes, rien n'avait pu faire prévoir pareille lésion. Enfant née à terme, élevée au sein : pas de maladies à signaler.

Deux mois avant son entrée dans le service, alors que rien dans son état général n'avait attiré l'attention des parents, un matin, sa maman s'apercut. en faisant sa toilette. qu'elle avait quelques légères pertes jaunes. teintées par places d'un peu de sang. L'enfant n'accusant aucune douleur, on la leva comme d'habitude et, dans la soirée du même jour, en allant à la selle, elle fut prise d'une hémorrhagie considérable de sang rouge sortant abondamment par l'orifice vulvaire. En l'absence du médecin qu'on est allé quérir, on étend l'enfant, et au bout de vingt minutes, parait-il (le temps semble toujours long en pareil cas), l'hémorrhagie s'arrête spontanément. Le lendemain, une tumeur rouge et lisse apparaît à la vulve, et dès ce moment, on note une dysurie qui nécessite des sondages répétés deux fois par jour. L'urine qui s'écoule à chaque cathétérisme uréthral est normale d'apparence, sans pus ni odeur particulière.

Au bout de deux jours, la partie procidente de la tumeur a augmenté et égale le volume d'une petite poire. Son extrémité ne tarde pas à se sphacéler et les débris mortifiés sont enlevés chaque jour par notre confrère. Malgré les lavages boriqués répétés du vagin, la suppuration ne tarde pas à apparaître en arrière de la tumeur; l'urine elle-même devient purulente, et pendant tout ce temps-là, l'état général de l'enfant se modifie. Apyrétique au début, elle devient fébricitante; son appétit disparaît avec ses forces et, au bout d'un mois, on constate un amaigrissement notable qui contraste avec l'augmentation de volume du ventre. En même temps, les pertes sont devenues très abondantes et exhalent une fétidité sphacélique.

A signaler cependant dans l'histoire de notre petite malade cette particularité intéressante dans l'évolution des signes qu'elle présenta : trois semaines après l'apparition première de

la tumeur exubérante, celle-ci disparut, détruite par le sphacèle. A ce moment, sédation complète des phénomènes urinaires : dysurie et rétention d'urine. La joie renaît dans la famille et avec elle des espérances illusoires, puisque huit jours après la reproduction de la masse bourgeonnante se fait et les mêmes symptômes vésicaux lui font cortège. Depuis l'hémorrhagie initiale, l'enfant n'a eu que quelques pertes sanguines très insignifiantes et provoquées par l'examen gynécologique.

A son entrée dans le service, nous avons consigné sur sa feuille l'observation suivante : l'enfant est une fillette de 25 mois, très amaigrie, avec décoloration de la peau et des muqueuses. Dès qu'elle est découverte, on est frappé par l'existence au niveau de l'espace génito-crural d'une tumeur du volume du poing faisant issue par la vulve. Cette tumeur est lisse, très régulièrement arrondie, d'aspect rougeâtre, sans ulcérations apparentes. Elle est rattachée à la paroi postérieure du vagin par un véritable pédicule large et court que le doigt contourne à sa partie inférieure jusqu'à son point d'implantation qui siège à 1 centimètre environ au dessus de la fourchette. Cette masse dont le contact arrache des cris à l'enfant est de consistance assez ferme, rénitente, sans expansion ; elle ne saigne pas facilement, mais présente par places, surtout à son extrémité libre, des plaques de sphacèle. La tumeur procidente augmente de volume avec les cris et les efforts de l'enfant.

L'abdomen est très notablement augmenté de volume, surtout dans la zone épigastrique ; il ne présente pas de circulation veineuse anormale, mais contraste par son volume avec l'amaigrissement très marqué de l'enfant dont les reliefs osseux costaux sont découverts. Pas d'ascite, pas de gâteaux péritonéaux. La consistance générale de l'abdomen est uniforme, sauf la partie inférieure où l'on sent au dessus du pubis une masse dure sur laquelle la pression est douloureuse ; en appuyant sur cette

masse, on fait saillir davantage la partie procidente de la tumeur.

Le doigt, facilement introduit dans le vagin, pénètre profondément en avant entre la tumeur et la paroi vésico-vaginale. On ne retrouve pas la sensation du col utérin que l'index cherche en vain. Par contre, le doigt trouve une masse mollasse bourgeonnante, dont il est impossible de chercher la limite supérieure en avant, mais qui s'implante par un très large pédicule sur la paroi postérieure du vagin, implantation qui se continue avec celle de la tumeur procidente. De chaque côté existe, entre la paroi vaginale et l'implantation du néoplasme, une rigole régulière et lisse que le doigt contourne latéralement et limite à sa partie déclive à 1 centimètre de la fourchette vulvaire, mais qu'il est impossible de limiter à sa partie supérieure.

Toutes ces manœuvres se font assez facilement sans déterminer d'hémorrhagies et le doigt revient enrobé d'un pus jaunâtre et très fétide.

Par le toucher rectal, on sent la paroi antérieure du rectum fortement repoussée en arrière par une grosse masse régulièrement arrondie qui efface en grande partie le calibre du rectum, et dont le doigt n'arrive pas à atteindre la limite supérieure.

La paroi rectale, en tant que muqueuse, a gardé sa configuration et sa souplesse normales.

Pas de ganglions inguinaux ; la palpation des fosses iliaques, est aussi négative.

L'examen des viscères abdominaux et thoraciques est absolument négatif. L'enfant va à la selle régulièrement, son pouls est régulier quoiqu'un peu rapide ; sa température est 37°6. Elle a été plus élevée mais elle est retombée à la normale depuis quelques jours. L'enfant n'urine pas spontanément et la recherche de l'orifice uréthral est assez difficile en raison de la présence de la tumeur. L'urine retirée ainsi est d'apparence

purulente, surtout à la fin, de volume normal ; densité : 1010 ; réaction, acide, couleur jaune, odeur normale, sédiment abondant. Elle renferme :

Urée	8 à 10 gr.
Acide phosphorique	1 g. 2
NaCl	3 6
Albumine	traces.
Glucose et pigments biliaires.	néant.
Nombreux globules de pus.	

Dans les jours qui suivent son entrée à l'hôpital, la tumeur augmente peu à peu de volume. Deux jours après, en voulant la sonder, la sonde s'égare et tombe dans une poche purulente et donne issue à 150 ou 200 grammes de pus jaunâtre, bien lié qui, examiné bactériologiquement, se montre riche en staphylocoques auxquels se trouvent associés quelques rares streptocoques à courtes chaînettes.

La tumeur extérieure tombe en lambeaux sphacéliques, l'écoulement du pus par les voies génitales continue malgré les lavages antiseptiques répétés. La saillie de la région hypogastrique s'accentue encore.

Puis apparaît la fièvre avec vomissements et tous les signes d'une péritonite aiguë qui amène la mort en deux jours.

L'enfant, entrée dans le service le 10 mai, était morte le 11 du même mois sans avoir présenté de nouvelle hémorrhagie analogue à celle qui ouvrit la scène.

Autopsie le 13 mai.

En ouvrant l'abdomen, on constate l'existence d'une péritonite généralisée avec pus et fausses membranes. L'intestin grêle étant relevé, on tombe, à la partie inférieure de l'abdomen, sur une masse dans laquelle se trouvent réunis et adhérents la ves-

sie en avant, l'utérus immédiatement plaqué en arrière et un peu à gauche, et enfin la portion terminale de l'intestin, fortement déjetée à gauche de la ligne médiane, présentant une direction verticale et dont le calibre est égal à la moitié environ de la partie intestinale située au dessus.

Entre l'utérus et la face antérieure du rectum, existe toujours, à gauche de la ligne médiane, un cul-de-sac représentant évidemment la cavité de Douglas et dont la profondeur atteint près de 7 centimètres.

Les fosses iliaques sont libres : on n'y trouve pas, en particulier, de ganglions dégénérés.

Les autres organes abdominaux et thoraciques paraissent indemnes.

Pour enlever les organes du petit bassin, on commence par sectionner l'intestin entre deux ligatures au niveau de l'anse sigmoïde, puis on enlève les reins de leur loge en ayant soin de conserver les uretères. On rase ensuite la face antérieure du sacrum de façon à enlever tout le rectum ; on en fait autant au niveau du pubis et des branches ischio-pubiennes. Enfin, un coup de bistouri circonscrit l'anus au ras de la peau ainsi que le vestibule vaginal, et permet de tout enlever d'un seul bloc.

Examen de la pièce. — Avant l'ouverture du vagin, on constate qu'une partie de la tumeur qui pendait hors de la vulve est tellement envahie par le sphacèle qu'elle s'effrite sous le doigt et même tombe spontanément. Elle ne constitue que la plus petite partie de la tumeur.

En effet, en ouvrant le vagin sur la ligne médiane, on voit surgir, c'est le mot, un gros champignon mamelonné et bosselé, tellement volumineux par rapport au calibre du canal vaginal, qu'il devait certainement y être très comprimé.

Les deux parties de la tumeur, celle qui était prolabée au

dehors et celle qui remplit le vagin, sont absolument connexes ; elles se continuent l'une avec l'autre et ont une insertion commune sur la paroi postérieure du vagin qui est envahi sur une hauteur de 5 centimètres environ.

Sur la paroi antérieure, la muqueuse est simplement congestionnée, enflammée avec quelques ulcérations, mais sans aucune adhérence de la tumeur.

Celle-ci mesure environ 6 centimètres de hauteur. En arrière et au dessus d'elle existe une dilatation du vagin, qui mesure près de 3 cent. 5 de haut sur 2 cent. 5 de large.

C'est là que s'amassait le pus. La partie supérieure de la tumeur est nettement limitée par un sillon circulaire qui la sépare de la paroi saine.

Au dessus se trouve l'utérus qui paraît relativement indemne ; le col présente sa forme et sa consistance normales ; le corps est un peu augmenté de volume et mesure environ, avec le col, 2 cent. 5 de hauteur. Les annexes, trompes et ovaires sont sains. La muqueuse présente un grand nombre de granulations grisâtres assez fortement saillantes.

La tumeur est de surface irrégulière, lobulée ; sa consistance est variable ; la partie inférieure en voie de sphacèle est molle, la partie supérieure est également facilement dépressible. Au contraire, la principale partie présente une dureté élastique. Sur la coupe de la tumeur, on voit que la substance qui la constitue est blanchâtre et paraît assez peu vasculaire.

L'urèthre ne présente pas de lésions appréciables, mais en raison de la présence de la tumeur, tout l'appareil urinaire a été soulevé en masse, et l'urèthre comme la vessie a été repoussé en haut, ce qui, pendant la vie, explique la difficulté du cathétérisme.

La vessie paraît saine dans la plus grande partie de son étendue, mais au niveau de la base, la paroi est manifestement très

épaissie ; de plus, en raison de la dilatation de la partie supérieure du vagin, ce conduit voit ses rapports avec la vessie très augmentés et, dans le sens de la hauteur, vessie et vagin sont accolés sur une étendue de 3 cent. 5 environ. Les uretères paraissent avoir subi une compression sans qu'il soit possible d'en localiser exactement le siège ; ils sont, surtout le droit, notablement dilatés. Il n'existe pas d'hydronéphrose ; les reins sont pâles, sans autres lésions macroscopiques appréciables.

En ouvrant le rectum, on le trouve aplati avec ses plis longitudinaux, et lorsqu'on incise ensuite sa paroi antérieure, on voit qu'elle n'est pas envahie par le néoplasme comme on avait pu le croire pendant la vie, mais qu'elle est au contraire séparée par le cul-de-sac de Douglas extrêmement profond ainsi qu'il a déjà été dit. Ce n'est que tout à fait en bas, au dessous de ce cul-se-sac, que la cloison recto-vaginale est adhérente à la tumeur.

Enfin, la recherche des ganglions inguinaux et iliaques montre qu'ils ne présentent pas d'hypertrophie notable.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur agrégé Sabrazès, a montré que la tumeur est constituée par un sarcome jaune à cellules embryonnaires avec vaisseaux assez nombreux et sans parois. Les coupes portant sur la paroi inférieure de la cloison recto-vaginale montrent celle-ci non envahie par le néoplasme. Par contre, la cloison vésico-vaginale est très épaissie et infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires, traduisant d'une façon indéniable l'envahissement du bas-fond de la vessie.

Cet examen confirme avec le diagnostic la conduite tenue par nous dans ce cas particulier que son extension rapide avait malheureusement mis au dessus des ressources de notre art.

OBSERVATION XXIV

Huguet. Rapport de M. Ricard. Société de chirurgie, 1897 ; citée dans la thèse de M. Rollin. Paris, 1905.

Il s'agit d'une fillette de 8 ans, porteuse d'une tumeur dure, irrégulière, ayant à peu près les dimensions d'un œuf de poule. Cette tumeur s'est développée depuis six mois ; elle fait saillie entre les grandes lèvres et s'insère par un pédicule à trois centimètres de l'entrée du vagin.

On sectionne le pédicule et on suture la muqueuse vaginale.

Guérison.

A l'examen microscopique, on reconnaît qu'il s'agissait d'un fibro-sarcome.

OBSERVATION XXV

Ivor Thomas. *British medical journal*, 1897.

Tumeur myxomateuse du vagin chez une petite fille de 21 mois.

Une dame vint me consulter au sujet de sa fille, âgée de 21 mois, qui présente quelque chose d'anormal, sortant des parties génitales, en même temps qu'un écoulement de sang. Je trouvai, faisant saillie hors du vagin, une tumeur molle et friable, de couleur rose pâle, ayant déjà commencé de s'ulcérer. Il semble y avoir quelque difficulté quant à la miction.

Le lendemain, aidé de M. le docteur Mahony qui endormit

l'enfant, je constatai que la tumeur avait environ le volume d'une noix, occupant le vagin tout entier dont les parois étaient distendues. La tumeur avait les caractères d'une mûre, constituée par un amas de grappes. Elle était peu vasculaire et était adhérente par un large pédicule à la paroi antérieure du vagin. Nous pratiquâmes son ablation La malade guérit très rapidement. Le lendemain elle jouait à la poupée auprès de sa maison.

Le docteur Warrington examina la tumeur et la reconnut constituée par du tissu muqueux et myxomateux.

OBSERVATION XXVI

Observation de M. Rabé. — *Sarcome primitif du vagin chez une enfant.*

Il s'agit d'une fillette de 16 mois,qui fut presentée à la consultation de chirurgie aux Enfants-Malades.

L'enfant se plaignait depuis un mois, dit la mere, de violentes douleurs dans le bas-ventre,d'apparition intermittente et accompagnées de fréquence et de difficulté dans les mictions.

L'examen de la région vulvaire décèle immédiatement l'existence, au milieu du vestibule, d'une masse charnue, du volume d'une petite noisette, de couleur gris rosé, qui semble s'engager dans le méat urinaire, et le diagnostic est porté de polype de l'urèthre, oblitérant le canal et provoquant les troubles fonctionnels signalés.

Cependant, on introduit dans l'urèthre une sonde molle pénétrant facilement dans la vessie, et une observation attentive montre que la tumeur émerge, non pas du méat urinaire, mais de l'orifice du vagin. D'ailleurs, on voit la cavité du vagin très

distendue et bourrée de masses charnues analogues à celle qui faisait saillie au dehors. En aucun point, il n'y avait trace d'ulcération.

Ces polypes du vagin semblaient s'insérer sur une tige commune. Il fut assez facile de sectionner aux ciseaux cette masse charnue près de son point d'implantation.

On retire ainsi une tumeur en grappe constituée par une série de masses charnues agglomérées comme des grains de raisin. Au niveau de son point d'implantation, les éléments de cette grappe ne dépassent pas le volume d'une lentille ; ils sont sessiles, accolés les uns aux autres et de consistance ferme. A mesure que l'on s'éloigne de la ligne d'insertion, ils accroissent leur volume, ils deviennent piriformes et leur tissu devient mou ; en même temps, ils se pédiculisent et les pédicules s'allongent d'autant plus que la grume est plus volumineuse et plus inférieure. Par cette consistance molle, surtout par leur coloration gris perle, ces tumeurs rappellent l'aspect des polypes muqueux des fosses nasales.

Au cours de cette exérèse, il avait été aisé de reconnaître que l'intérieur du vagin était hérissé de végétations granuleuses sessiles, à surface recouverte par une muqueuse saine.

L'examen histologique montre la nature sarcomateuse de cette tumeur proliférante et le diagnostic microscopique est confirmé par l'évolution de la lésion.

Dix jours après la première opération, récidive : le fond du vagin est repeuplé de polypes à surface facilement saignante. Une intervention plus large sembla légitime et on fit, après la laparatomie, l'ablation de l'utérus et du vagin.

Voici l'état des organes enlevés : l'utérus est indemne ; mais déjà sur la face externe de la portion vaginale du col, on distingue quelques saillies qui donnent à la muqueuse une apparence chagrinée. Le *maximum* des lésions intéresse le vagin

qui, dans toute sa hauteur, présente l'aspect signalé plus haut. La face interne de la cavité est comme mamelonnée sur toute son étendue grâce au développement de végétations grisâtres, sessiles ou munies d'un court pédicule, du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille. On croirait à une dégénérescence papillomateuse diffuse de la muqueuse. Ces pseudo-papillomes sarcomateux sont manifestement plus volumineux à mesure qu'on se rapproche de l'insertion sur le col, et c'est vraisemblablement dans cette région, à la paroi postérieure que se faisait l'implantation de la grappe volumineuse enlevée à la première heure.

Les suites opératoires s'annonçaient excellentes, quand l'enfant contracta six jours après l'intervention, une broncho pneumonie à laquelle elle succomba rapidement.

L'autopsie permit de préciser deux données intéressantes : l'absence de participation de la vessie et du rectum à la dégénérescence cancéreuse, et la persistance d'un segment de la paroi vaginale haut de 5 à 6 millimètres et resté adhérent au pourtour de l'orifice inférieur. Ce lambeau de muqueuse était tapissé par des végétations sarcomateuses, amorces d'une récidive qui se serait produite à bref délai. Aucun foyer de métastase dans les viscères.

L'étude histologique des tumeurs a prouvé qu'il s'agissait d'un sarcome fuso-cellulaire développé vraisemblablement aux dépens du chorion de la muqueuse vaginale.

C'est au niveau des fragments prélevés sur la paroi vaginale que le sarcome offre ses caractères typiques. Chaque végétation apparait formée par un feutrage de cellules fusiformes ou à multiples prolongements, uni ou plus rarement multinucléées : ces cellules, accolées les unes aux autres, forment des faisceaux ondulés, qui s'entrecroisent sous diverses obliquités, et réalisent souvent les images du sarcome alvéolaire. Le tissu néoplasique est sillonné de vaisseaux capillaires et lacs veineux, sans paroi

propre, et sur lesquels les cellules du sarcome prennent appui.

Ces bourgeons de sarcocèle sont tapissés à leur face externe par une lame épithéliale, à une seule assise de cellules plates. Mais à mesure qu'on s'approche du sillon qui sépare cette végétation de ses homologues, l'épithélium reprend peu à peu le type malpighien que l'œil observe dans toute son intégrité, au fond même du sillon. De même, le tissu sous-muqueux, en ce point, ne participe pas en général, à la dégénérescence sarcomateuse, et trahit seulement une suractivité nutritive : prolifération de cellules conjonctives normales ; infiltration des cellules leucocytaires.

Sur les confins du noyau sarcomateux, le tissu reprend peu à peu la structure normale : les travées de cellules néoplasiques se raréfient, séparées par des trousseaux de fibres musculaires.

L'analyse d'une coupe issue d'un fragment de col utérin offre un vif intérêt ; elle semble indiquer nettement l'origine de la lésion. L'épithélium de revêtement et la couche musculaire présentent une structure histologique irréprochable ; au contraire, la sous-muqueuse montre une abondance anormale de cellules fusiformes qui se groupent manifestement autour des vaisseaux capillaires.

Cette simple constatation nous autorise à soupçonner le point de départ de l'évolution sarcomateuse ; elle nous porte à croire que c'est aux dépens des éléments conjonctifs et vasculaires de cette zone que la prolifération atypique a pris naissance.

Les polypes, qui constituent la tumeur en grappe, sont formés par la même prolifération de cellules fusiformes ou étoilées au niveau de leur pédicule. Le corps de chaque tumeur prise isolément reproduit la structure caractéristique du myxo-sarcome : les éléments étoilés semblent plus abondants, et sont dissociés par un tissu d'œdème, riche en exsudats granuleux, et creusé de

larges vacuoles, pleines d'un liquide albumineux. A la face externe de ces polypes sarcomateux, s'étale un épithélium stratifié, normal en quelques points, plus souvent atypique, en raison, sans doute de l'activité de sa prolifération. La zone sous-epithéliale est infiltrée de nombreuses cellules embryonnaires.

Le corps de l'utérus ne présente aucune lésion histologique.

OBSERVATION XXVII

Observation publiée par M. le Professeur Le Dentu, *in Clinique chirurgicale*, Paris, 1904, p. 473.

Il s'agit d'une petite fille de 5 ans 1/2. Rien à noter dans les antécédents de famille, qui puisse soulever la question de l'hérédité; la grand'mère maternelle a cependant succombé à cinquante-cinq ans à un carcinome de l'estomac. Cette circonstance perd toute sa valeur par suite de cette considération qu'il n'existe aucune parenté entre les tumeurs épithéliales et celles du type conjonctif.

L'enfant née le 17 septembre 1899, est restée dans un état par fait jusqu'au 15 janvier 1903, époque où elle a fait une chute sur le ventre qui a porté sur un banc en bois.

Un mois après, la mère constata qu'une petite masse brune se présentait à la vulve et qu'il se produisait un léger suintement sanguinolent. L'enfant n'accusait à ce moment aucune douleur. D'après les constatations du docteur Clozier, la vulve offrait l'aspect de celle d'une parturiente, quand la tête fœtale commence à s'y présenter. Par le toucher vaginal, on sentait une masse spongieuse et lisse fuyant sous le doigt. En aucun point du vagin, la tumeur ne paraissait adhérente à la paroi. Le col utérin était haut placé et inaccessible.

En mars et avril 1903, se manifesta une rétention absolue d'urine, probablement par compression mécanique du col de la vessie. En avril, l'enfant éprouva des douleurs très vives, coïncidant toujours avec la distenison plus ou moins complète du vagin et la rétention d'urine. Un curetage du vagin, qui ramenait un demi-verre de productions morbides, d'aspect fongueux, permettait à la malade d'uriner librement, et les douleurs s'atténuaient.

Dans les premiers jours de mai, le ventre se développa rapidement.

Un examen histologique fait par M. Lesné et auquel a contribué M. Brault fit déclarer la tumeur, un polype du vagin (fibrome mou extrêment vasculaire). Quant au pronostic, c'était une tumeur bénigne, sans récidive à craindre, si elle avait été enlevée complètement.

L'opération fut exécutée le 13 mai 1903. Une tumeur volumineuse occupait tout le bas-ventre et remontait aux environs de l'ombilic, bombant tellement en avant qu'il était probable que la vessie distendue prenait part à sa constitution. Le cathétérisme évacua une assez grande quantité d'urine, mais les dimensions en hauteur du néoplasme ne furent pas modifiées. Il était surmonté par des saillies irrégulières, dont l'une médiane devait être l'utérus refoulé à une énorme distance de la vulve. Un aide introduisit dans le vagin une bougie en gomme qui se perdit au milieu d'une cavité tellement spacieuse et allongée que quelques réserves furent faites relativement à la participation de l'utérus à cette énorme cavité.

Une longue incision médiane couduisit sur la tumeur ; c'était bien le corps de l'utérus, flanqué de ses annexes qui la coiffait ; mais il était impossible de savoir si le col n'était pas compris dans la masse qui se prolongeait jusqu'à la vulve. La plus grande partie de la vessie en était indépendante, sauf le bas-fond

qui paraissait se confondre avec la paroi antérieure du vagin. La séparation des deux organes était impraticable, et l'opération dut se borner à l'extirpation de l'utérus, des annexes et de la partie la plus élevée de la tumeur.

Celle ci était formée par le vagin extraordinairement dilaté, bourré de productions polypeuses sessiles, étalées, implantées sur une base épaisse, et ne justifiant que par places, la comparaison avec des grains de raisin.

Par l'incision faite sur la paroi antérieure du vagin, les doigts et la curette détachent le plus grand nombre possible de ces polypes mous, faciles à désinsérer. La paroi antérieure du vagin fut réséquée aussi bas que le permettaient ses rapports étroits avec le bas-fond de la vessie ; on ne conserva de la paroi postérieure que ce qu'il fallait pour cloisonner le petit bassin et séparer la cavité péritonéale de la cavité vaginale. La partie supérieure de l'incision fut suturée et drainée, la partie inférieure fut fermée sauf un orifice pour un gros drain et une mèche, dont l'autre extrémité sortait par la vulve. Tamponnement de la partie basse du vagin, dont la paroi postérieure formait éperon entre les deux orifices.

La malade ne survécut que trois jours. Pas de péritonite, mais sans doute des résorptions infectantes au niveau des polypes dilacérés par le curetage. La température s'éleva à 39° 5 ; signes de congestion pulmonaire et mort après une période d'agitation de 24 heures.

L'examen a porté sur une pièce principale pesant 107 gr. ainsi que sur une série de fragments.

A) Pièce principale. — 1° *Aspect macroscopique.* — Elle est formée par une partie du vagin, l'utérus entier et les annexes des deux côtés.

Les parois vaginales sont hypertrophiées ; leur épaisseur est en moyenne de 12 millimètres et dépasse par places 20 milli-

mètres ; le fond du vagin infundibuliforme donne directement accès dans la cavité utérine ; pas de trace de col utérin ; un simple rétrécissement délimite les deux cavités.

Le corps de l'utérus a 32 millimètres de longueur ; 25 de largeur et 12 d'épaisseur ; sa forme est irrégulièrement globuleuse, la couche musculaire a 6 millimètres d'épaisseur, la muqueuse paraît normale. La cavité est très vaste (1 centimètre cube de capacité) et anfractueuse. Les trompes sont épaisses, les ovaires ont subi la dégénérescence kystique ;

2° *Structure histologique.* — Les parois vaginales offrent une structure homogène, formée par du tissu sarcomateux embryonnaire ; il n'existe pas de cellules différenciées. Les noyaux sont englobés dans une substance fondamentale indivise, renfermant quelques vaisseaux : leur forme, leur volume et leur richesse en chromatine sont très irréguliers. Leur taille moyenne est comprise entre 7 et 15μ ; il y en a d'autres, mais en petit nombre, dont les dimensions sont colossales (une centaine de μ).

Un grand nombre de noyaux sont en voie de division indirecte, mais presque toutes les figures karyokinétiques sont anormales ; les chromosomes irréguliers, courts et les asters inégaux : mais les filaments achromatiques sont bien développés.

En certains points, la structure des parois vaginales varie ; la masse fondamentale peut se différencier en fibrilles conjonctives plus ou moins épaisses et abondantes, et certains noyaux s'individualisent en éléments à cytoplasma bien limité, d'aspect étoilé, avec une masse muqueuse entre les prolongements de la cellule ; on observe, en outre, quelques grosses cellules irrégulières, à noyaux bourgeonnants ou multiples.

Les capillaires sont larges, et limités par un endothélium et des fibres conjonctives.

Le tissu sarcomateux embryonnaire qui constitue la tumeur vaginale se transforme par places en tissu myxomateux. Le

muscle utérin n'est pas envahi par la dégénérescence néoplasique.

B) **Fragments.** — Ils sont très friables, de consistance gélatineuse et d'aspect blanchâtre, complètement exsangues. Leur stucture est différente de celle des parois vaginales, ce sont ici des cellules à cytoplasma individualisé, faiblement développé, d'où émanent de longs et nombreux prolongements qui s'anastomosent, formant un réseau irrégulier dont les mailles sont remplies par de la mucine. Le corps cellulaire a un aspect grêle ; le cytoplasma ne se renfle qu'au niveau du noyau, volumineux et riche en chromatine.

Enfin, la présence de cellules géantes à noyaux multiples indique qu'il s'agit plutôt de tissu myxomateux que d'une dégénérescence muqueuse. On trouve encore des amas de cellules embryonnaires, et de nombreux capillaires larges, à paroi conjonctive épaisse. En aucun point, on ne constate de fibres musculaires striées.

OBSERVATION XXVIII

Kuster. *Klinish Arch. f. Chirurgie*, Bd. 12.

Sarcome à cellules rondes de la grande lèvre gauche chez une petite fille de 6 ans. La tumeur avait le volume d'un œuf d'oie ; elle était dure, bosselée et adhérente. On en pratiqua l'ablation et l'enfant guérit. A la coupe, la tumeur présente une coloration gris brun sale ; elle se compose de cellules rondes disposées sans ordre dans un stroma de tissu conjonctif à travées irrégulières.

OBSERVATION XXIX

Arcy Power. *Sarcome primitif du vagin chez les enfants.* Saint-Bartholomew's Hospital, Rep. XXI, 1895.

D. M., âgée de 2 ans 4 mois, entrée à Victoria Hospital en mai 1895, pour une tumeur du vagin causant de la rétention d'urine. Quatorze mois auparavant elle avait eu la rougeole suivie d'une vaginite. Cette vaginite a duré quelques mois et est maintenant terminée. On l'observa de nouveau à Noël où elle s'accompagna de fortes douleurs. Le médecin constata alors que le vagin contenait une tumeur en forme de polype et appliqua la curette à plusieurs reprises. L'écoulement continua toutefois à être purulent.

La malade se porta relativement bien jusqu'au 20 mai, époque à laquelle elle recommença à souffrir et à faire des efforts. Elle urina le 20 mai au matin, mais plus dans la journée. Les efforts continuèrent et furent particulièrement forts, le 21 et 22, l'abdomen était plein et dur.

Pas de miction depuis 48 heures. Le cathétérisme est impossible et on retire par une ponction sus-pubienne une demi-pinte d'urine claire.

Aucun trouble de défécation; cependant, l'enfant a plutôt un peu de diarrhée.

L'enfant entre à Victoria Hospital le 22 mai au soir et le docteur Chaning constate qu'elle a bonne mine. T° : 37°2. L'abdomen renferme une grosse tumeur piriforme, mate à la percussion, tout à fait symétriqne, qui est certainement la vessie.

L'entrée du vagin est occupée par des masses grises ressemblant à du tissu œdémateux. Ces masses sont assez dures et saignent légèrement quand on les touche. Un léger écoulement purulent s'échappe du vagin. Le toucher révèle une nouvelle masse dans le vagin, insérée sur la face postérieure et du côté droit du vagin, et bien distincte des masses polypoïdes situées à l'entrée. La grosse tumeur est solidement adhérente au vagin ; elle s'étend aussi haut que le doigt peut atteindre. Elle est cylindrique et assez dure. La capacité du vagin est augmentée tellement qu'on ne peut atteindre qu'avec difficulté l'orifice utérin. La tumeur est perçue à travers le rectum et on sent nettement l'infiltration de la cloison recto vaginale. Elle est si épaisse à son extrémité supérieure que le rectum est aplati entre elle et le promontoire sacré. On sent des matières stercorales dans la fosse iliaque gauche, à travers la paroi abdominale.

L'orifice de l'urèthre est situé assez haut sur la paroi antérieure du vagin. L'enfant étant anesthésiée, le cathétérisme est facile et donne 6 onces d'urine normale. La tuméfaction piriforme perçue dans l'abdomen persiste même après le cathétérisme, mais elle est moins dense. La vessie est de nouveau pleine et distendue le 23 mai au matin ; on évacue de nouveau dix onces d'urine, mais on constate de la parésie vésicale ; on est obligé de presser sur l'abdomen pour que l'urine coule par la sonde. Le cathétérisme terminé, la tuméfaction abdominale persiste et s'étend jusqu'à l'ombilic. On met une sonde à demeure et l'urine s'écoule à mesure tout le reste de la journée.

Nous voyons (Arcy Power) l'enfant pour la première fois, le 23 mai, et diagnostiquons un sarcome du vagin avec extension probable à la vessie.

La malade paraît épuisée et nous ajournons un examen plus détaillé ou une opération.

Le docteur Chaning Pearce voit l'état s'aggraver de plus en plus, et vers minuit elle succombe avec des symptômes urémiques (24 mai).

Autopsie faite 33 heures après la mort. — La vessie remplit presque toute la cavité péritonéale, son bord supérieur s'étendant à 3 ou 4 centimètres au dessus de l'ombilic. Sa longueur est de 15 centimètres et sa plus grande largeur 9 centimètres. Elle est pleine d'urine claire. Les parois sont épaissies malgré leur distension, mais non congestionnées et la muqueuse paraît normale. L'urèthre mesure 5 centimètres.

Le vagin est très dilaté et allongé. Sa longueur est 8 c. 1/2 et son diamètre transverse a 6 c. 1/4. Sa muqueuse est très congestionnée. Le milieu et les parties inférieures de sa face postérieure sont recouverts par une masse épaisse de grosseurs pédiculisées, les unes simplement gélatineuses tandis que d'autres rondes et dures ont les caractères ordinaires d'un sarcome. Plusieurs de ces grosseurs sont comme des crêtes de coq et ont la même consistance. Toutes ces tumeurs sont recouvertes par la muqueuse vaginale et ne sont pas ulcérées, sauf celles qui sont les plus rapprochées de l'ouverture du vagin.

La plus grosse est sur le côté droit du vagin et remplit presque complètement ce canal. Elle est sessile et paraît se continuer avec les tissus constituant la paroi postérieure.

Le cul-de-sac postérieur, de dimensions considérables est entièrement libre de toute tumeur. L'utérus et ses annexes sont très congestionnés ; l'orifice utérin est si dilaté qu'il admet une sonde nº 9. Les reins et les uretères sont normaux.

La vessie est dilatée et ses parois sont épaissies par l'hypertrophie de la tunique musculaire. Le vagin dilaté se projette dans la vessie, près du côté gauche du trigone. La muqueuse vésicale est saine ainsi que l'urèthre. Ce dernier s'ouvre sur la paroi antérieure du vagin, un peu plus haut que d'habitude.

L'utérus est augmenté de volume, mais ne semble pas malade. Ovaires et ligaments larges sont sains.

Tout le vagin est énormément dilaté, mais ses parois ne sont pas épaissies en proportion.

Il est divisé verticalement par une masse de tumeurs recouvertes de muqueuse normale. Cette masse fait saillie sur la paroi droite et fait davantage saillie à la partie supérieure du vagin qu'à sa partie inférieure. Elle est surtout proéminente sous la lèvre antérieure du col utérin où elle apparait comme une crête de coq. La masse de tumeurs développée dans le tissu conjonctif sur le côté droit du vagin a grossi jusqu'à comprimer le rectum d'un côté et la vessie de l'autre. Elle est assez bien circonscrite, sauf à la partie tout à fait supérieure où elle devient lobulée, polypeuse ; la partie bien circonscrite est presque circulaire et mesure 5 centimètres de diamètre : elle consiste en masses plus denses entourées de tissu plus mou et gélatineux. Le côté droit du cul-de-sac postérieur du vagin est très distendu. L'uretère droit est serré étroitement entre le sommet de la tumeur et la base de la vessie.

Toute la muqueuse vaginale est recouverte d'une multitude de polypes variant comme dimensions entre une tête d'épingle et un pois. Les polypes sont nettement de deux sortes : quelques uns moins nombreux, sessiles et denses, les autres plus nombreux, pédiculisés et gélatineux : les pédicules de ces derniers sont souvent très longs et les polypes flottent librement dans la cavité vaginale. Ils sont très nombreux près de l'orifice vaginal et dans le tiers supérieur du vagin où ils sont très serrés les uns contre les autres.

L'examen microscopique de la paroi vaginale montre que la tunique séreuse et la tunique musculaire sont saines. Le tissu conjonctif sous-muqueux est très mou et gélatineux, il est épaissi en totalité, mais d'un épaississement non uniforme il est infiltré

de nombreuses grosses cellules rondes, et des amas de ces cellules recouvertes d'épithélium vaginal se sont développés dans la cavité du vagin pour constituer les polypes. Même les plus petits de ces polypes présentent une constriction au niveau de la muqueuse vaginale,montrant ainsi une tendance à se pédiculiser. Ils peuvent être classés comme myxo-sarcomes.

Les polypes plus denses et la grosse masse de la tumeur bien circonscrite sont du sarcome à cellules rondes contenant une grande quantité de tissu fibreux : c'est donc plutôt du fibro-sarcome que du myxo-sarcome. Aucune fibres musculaires striées.

OBSERVATION XXX

Edmund Walstein. *Arch. f. Gyn.*, LVIII, 1899.

Il s'agit d'une enfant de 1 an et 3 mois à laquelle on enleva une tumeur de la dimension d'une noisette siégeant au tiers inférieur de la paroi postérieure du vagin.

La tumeur était riche en cellules (constituée par un grand nombre de cellules) et présentait la structure du carcinome alvéolaire.

En réalité les alvéoles correspondaient à des dilatations de vaisseaux et les grandes cellules épithéloïdes provenaient de la paroi externe des vaisseaux. La teneur en glycogène de cette tumeur faisait vraisemblablement croire à son origine embryonnaire.

(Hémangio-sarcome péri-vasculaire).

OBSERVATION XXXI

Galabin. *Trans. of. the obstetr. Society of London*, Vol. 38, 1896.

Petite fille âgée de 3 ans présentant une tumeur sortant du vagin à travers l'hymen.

Cette malade avait été soignée auparavant pour des hématuries dont on n'avait pas bien discerné la cause.

Cette tumeur s'insérait par un pédicule sur l'urèthre très dilaté et était descendue dans le vagin jusque derrière l'hymen. Elle mesurait environ 7 cm. 5 pour chacune de ses deux dimensions (longueur et largeur). Sa surface était rouge et lobulée.

Ablation au galvano-cautère. On trouva l'urèthre assez large pour permettre au doigt de pénétrer jusque dans la vessie. La surface uréthrale était inégale et présentait des bosselures.

L'enfant mourut une semaine après sa sortie de l'hôpital.

La tumeur était myxomateuse avec interposition de cellules rondes.

OBSERVATION XXXII

Ganghofner, *Zeitchr. für Heilkunde*, Bd. IX, 1888.

Petite fille âgée de huit ans, souffrant de pertes de sang depuis deux ans, et présentant une tumeur développée sur la paroi antérieure du vagin. Cette tumeur était pédiculisée, lobulée.

de couleur rouge pâle et du volume d'une noisette : elle saignait légèrement. M. le professeur Chiari pratiqua l'ablation et trouva que la tumeur était un cancer médullaire des glandes muqueuses du col. Elle s'étendait entre la vessie et l'utérus ; mais la muqueuse utérine n'était pas ulcérée.

OBSERVATION XXXIII

Gaillard Thomas. *American journal of obstetric*, vol. VII.

Le docteur Gaillard Thomas eut à soigner une petite fille âgée de 18 mois qui semble s'être très bien portée jusqu'à 4 mois avant son entrée à l'hôpital, quand à ce moment apparut une tumeur sur la grand lèvre gauche. Quand le docteur Gaillard Thomas la vit, elle était de la dimension d'un œuf de poule divisé en deux dans le sens de la longueur. La base de la tumeur s'étendait le long de la grande lèvre et son point le plus élevé était inséré au bord du méat urinaire.

La tumeur fut enlevée au galvano-cautère. Elle récidiva à son siège primitif et atteignit encore la même dimension. Elle fut de nouveau enlevée cinq mois après la première opération. Une nouvelle récidive se produisit et l'entant mourut.

L'examen microscopique montra que c'était un sarcome.

OBSERVATION XXXIV

Thomas Smith. *American journal of obstetric*, 1883, vol. XVI.

Thomas Smith publie un cas où l'utérus et le vagin étaient

bourrés de nombreux polypes muqueux et de tumeurs sarcomateuses. La malade était âgée de 3 ans 8 mois.

Une tumeur qui était apparue entre les lèvres depuis huit mois avait été enlevée, et plusieurs néoformations analogues avaient été enlevées dans la suite.

L'enfant mourut de consomption, d'épuisement quelques mois après.

L'autopsie montra que le vagin avait une longueur de 10 centimètres. Ses parois étaient très épaissies et sa muqueuse présentait de petites saillies nodulaires et des excroissances polypoïdes de dimensions variables. L'utérus mesurait 1 centimètre 1/2 de longueur et 8 centimètres 1/2 de largeur au fond. Ses parois étaient fermes et apparemment homogènes comme constitution. La muqueuse présentait des nodules irréguliers et quelques polypes.

Dans une communication ultérieure, le docteur Smith démontra qu'il s'agissait là d'un myxo-sarcome.

OBSERVATION XXXV

Heckford. *Transact. Obstet. Soc.*, vol., x, 1868.

M. Heckford montre à une réunion de la Société d'obstétrique les organes pelviens d'une enfant âgée de deux mois.

Il s'agit d'une grosse tumeur d'apparence villeuse, qui semble attachée à la vulve. Cette tumeur s'étend en dedans et remplit le vagin énormément dilaté.

La mort est survenue très peu de temps après la première apparition de la tumeur.

L'examen microscopique révèle les caractères médullaires de la tumeur.

OBSERVATION XXXVI

Traetzl. *Allgem. Wiener médic Zeitg*, 1863.

Traetzl fut appelé auprès d'une enfant de 3 mois, ayant une vessie fortement remplie. Les parties génitales étaient rouges, chaudes, œdématiées. A l'orifice vaginal on trouvait une tumeur élastique à surface lisse, de coloration gris violacé ; elle était très fortement enclavée et comprimait fortement l'urèthre et le rectum, amenant une rétention complète de l'urine et des matières.

Extraction impossible ; la tumeur avait le volume du poing et présentait un pédicule du volume du petit doigt. On en excise une partie et on lie le pédicule ; la tumeur tombe six jours après. Guérison.

Pas d'analyse histologique.

OBSERVATION XXXVII

Braun. *Inaug. dissert. Greifswald*, 1896.

La mère rapporte que son enfant, bien portante jusqu'à l'âge de deux ans, présenta à cette époque deux petits polypes entre les grandes lèvres. Ces polypes, de la grosseur d'un haricot, tombèrent par nécrose au bout de huit jours. Ils n'avaient été accompagnés d'aucun phénomène douloureux. Ces polypes se reproduisent et, en février 1894, la tumeur était de la grosseur d'une noisette ; elle faisait saillie en avant des organes génitaux

externes, n'était pas douloureuse, et ne saignait pas ; elle ne s'accompagnait d'aucune gêne de la miction ou de la défécation.

Cette tumeur grossit et atteignit le volume d'un poing en juin 1894. A ce moment, l'enfant fut montrée à un médecin qui enleva la tumeur et cautérisa la section au thermo.

Récidive quelques semaines après.

En janvier 1895 apparut un écoulement de sang qui dura plusieurs jours. Depuis le mois de mars 1895, douleurs assez vives et écoulement purulent.

La malade entra à l'hôpital, la tumeur continuant à s'accroître. A son entrée, état général satisfaisant et bon appétit. Les parents et deux collatéraux sont très bien portants.

Etat de la tumeur. — On voit, sortant du vagin, une tumeur grosse environ comme un poing, de coloration rougeâtre, ne laissant sourdre aucun liquide à la pression. Elle est fixée tout autour de l'entrée du vagin, au point d'empêcher l'introduction dans ce canal du petit doigt ou même d'une sonde. L'urèthre est libre, et la tumeur qui siège au dessus, s'implante solidement sur la muqueuse vaginale. Au milieu de la tumeur apparait une dépression par laquelle on peut pénétrer avec le doigt dans l'intérieur même de la tumeur et atteindre la partie supérieure du vagin. On sent ainsi des masses molles, vésiculeuses jusqu'au bord du vagin.

Opération. — On commence par libérer la tumeur de ses insertions vaginales, puis on tente de l'enlever avec le doigt et une curette tranchante. Il se produit une hémorrhagie considérable que l'on arrête par le tamponnement du vagin et la suture de la muqueuse.

La malade quitte l'hôpital.

Elle revient en juillet présentant un début de récidive. Les parents, ne consentant pas à une nouvelle intervention, rem-

mènent l'enfant qui meurt le 20 janvier (deux ans après le début).

Examen de la tumeur enlevée :

Aspect macroscopique. — La tumeur est de la grosseur d'un œuf d'oie ; elle est de coloration rouge pâle avec des places blanc jaunâtre.

Une de ses moitiés est composée d'un grand nombre de vésicules, comme de petits grains de raisin, de consistance élastique, et tellement serrées les unes contre les autres que la surface a l'aspect d'une mosaïque. L'ensemble de cette partie est donc comparable à une grappe de raisin à grains très nombreux et très serrés ou encore à une môle vésiculaire. Si l'on ouvre un de ces grains, on voit que le contenu est une masse claire, muqueuse, filante, tandis que l'enveloppe est composée de tissu solide.

L'autre moitié de la tumeur forme un tout inséparable, non divisé en grains comme l'autre partie, du moins apparemment, car une coupe dans cette moitié montre une structure analogue à celle de la première.

Examen microscopique. — L'enveloppe externe des grains constituant la tumeur est formée par un épithélium à plusieurs couches, d'épaisseur variable, envoyant de fines travées dans l'intérieur, au milieu du tissu clair et transparent qui constitue le centre du grain. Les couches épithéliales profondes présentent de nombreuses figures de division. L'intérieur se montre à un fort grossissement comme un filet enserrant dans ses mailles des cellules rondes en très grand nombre, puis des cellules étoilées et des cellules fusiformes.

Les cellules rondes ont un protoplasma nettement granuleux. Les cellules fusiformes sont allongées, renflées en leur milieu, présentant un noyau ovale, clair, tantôt unique, tantôt divisé en petits noyaux secondaires.

Dans aucune série de préparation on ne trouve de fibres musculaires,

L'autopsie n'a pas été faite.

OBSERVATION XXXVIII

Gebhard, *The Lancet*, 1902, t. I.

Le cas de Gebhard concerne une jeune fille de 14 ans. Il parle d'espaces alvéolaires tapissés d'endothélium et de proliférations endothéliales. L'épithélium vaginal était sain et l'origine de la tumeur se trouvait dans le tissu conjonctif existant autour du vagin.

Aucun détail sur la symptomatologie et l'évolution clinique.

D'après toutes ces observations et les analyses que nous avons pu en trouver, nous avons essayé de faire une étude de la question, nous occupant successivement de l'étiologie, du siège et de la nature de ces tumeurs, des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement.

FRÉQUENCE. — ÉTIOLOGIE

Les tumeurs malignes de la vulve et du vagin, d'observation assez courante chez la femme adulte, sont loin d'être fréquentes chez l'enfant. Rappelons, en effet, que Lebert n'en cite aucune observation dans son traité des maladies cancéreuses, et que nous n'en trouvons pas davantage dans plusieurs thèses (Duzan, Le Vaillant) consacrées à l'étude des tumeurs malignes de l'enfance.

La statistique de Picot (1883), sur 242 cas de tumeurs malignes chez l'enfant, en mentionne 8 intéressant « la vulve, le vagin et l'utérus ». Nous ne savons malheureusement pas la part qui revient à l'utérus dans ce groupement « vulve, vagin, utérus » que Picot ne détaille pas.

Nos recherches personnelles de tous les cas publiés (nous sommes arrivés à un total de quarante-neuf), nous permettent toutefois de considérer que ces tumeurs sont assez rares, et nous trouvons une preuve de cette rareté

relative dans le soin avec lequel les observations ayant trait à ce sujet, ont été analysées et citées au fur et à mesure de leur production.

L'étiologie de ces tumeurs est très incertaine, et comme l'avait déjà bien fait remarquer Veit, la maladie peut exister chez le nouveau né, qu'elle apparaisse au bout de peu de temps, ou qu'on l'ait constaté au moment même de la naissance. C'est donc le plus souvent chez des enfants très jeunes qu'on la remarque : dès la naissance, dans le cas de Demme ; dans les tout premiers mois de l'existence : deux mois (Heckford) ; trois mois (Traetzl), quatre mois et quatre mois et demi (Schustler et observation personnelle). Les cas sont rares où l'enfant avait dépassé cinq ans : la majorité se rapporte aux deux premières années.

SIÈGE
ET NATURE DE CES TUMEURS

Le point d'implantation de la tumeur est le plus souvent la paroi antérieure du vagin, ainsi que l'avait déjà fait remarquer Veit. Toutefois, l'insertion sur la paroi postérieure est assez commune (Walstein, Power, Rabé, Körner, Piéchaud, Kolisko 2) et nous la voyons quelquefois sur les parois latérales (Kolisko 1, Frick 2, Schuchardt, Demme). D'ailleurs, dans un certain nombre d'observations, toute la face interne du canal vaginal est bourrée de productions polypiformes (Smith, Power, Le Dentu, Rabé).

L'insertion de la tumeur est quelquefois plus superficielle ; c'est ainsi que nous la voyons fixée tout autour de l'orifice externe du vagin dans le cas de Braun ; à l'entrée du vagin, également dans celui de Babes ; dans la grande lèvre gauche (Kuster), dans la région clitoridienne (Ahlfeld) ; aux dépens de la peau du capuchon clitoridien (de Saint-Germain).

Enfin, le point de départ du néoplasme se trouve quelquefois dans la muqueuse uréthrale, comme dans notre observation personnelle et celles de Gaillard Thomas, Galabin et Rabé.

L'aspect macroscopique, que nous décrirons plus en détail, au chapitre des symptômes, est généralement celui de grappes en grains de raisin, formant de petites saillies demi-sphériques ovoïdes, molles et spongieuses, La forme de ces productions, lorsqu'elles se développent librement, est généralement ovoïde ; parfois elles sont un peu aplaties. Leur coloration est jaunâtre ; elles sont ordinairement translucides, quelquefois opaques et de couleur rouge brun à cause d'un contenu hémorrhagique. « A leur surface, on peut voir un très fin réseau « vasculaire » (Rollin). Si l'on vient à ponctionner un de ces grains polypeux, il s'en écoule un peu de sérosité, sans que pour cela les parois reviennent complètement sur elles-mêmes.

En ce qui concerne la propagation de la tumeur, nous remarquons que, peu après le début de la période d'accroissement rapide, sa base s'élargit, et autour de la masse principale, apparaissent sur toute la muqueuse vaginale, des noyaux sarcomateux, d'abord isolés et bientôt confluents.

Lorsque le sarcome a atteint le dome vaginal, il ne s'arrête pas là ; il peut envahir le col utérin, le canal cervical et même, mais rarement, la cavité utérine. Il peut être difficile alors de préciser le point de départ.

« Mais comme on n'a encore jamais signalé de sarcome « polypoïde de l'utérus chez l'enfant » (Rollin) et qu'il existe des cas absolument certains où le point de départ vaginal a été nettement constaté, il est permis de dire que les lésions utérines sont secondaires.

La tumeur se développe généralement aux dépens du tissu conjonctif sous muqueux du vagin et s'étend d'abord en surface à tout le vagin ; la couche musculaire, un peu plus épaisse offre une résistance plus grande, mais elle ne tarde pas à être envahie et franchie, et le néoplasme s'étend dans le tissu cellulaire vésico-vaginal, avec tendance à comprimer la vessie. Plus rare est l'envahissement de la cloison recto-vaginale ; on la rencontre cependant quelquefois (observation d'Arcy-Power).

Les métastases éloignées, si fréquentes dans le sarcome ordinaire sont ici très rares. Cette tumeur ne paraît faire que des métastases rapprochées ; toutefois, on a rapporté quelques faits d'envahissement des ganglions : dans un cas de Körner, il existait des lésions péritonéales, et dans l'observation de Demme, l'ovaire gauche était transformé en un néoplasme de la grosseur d'une orange.

Les recherches histologiques sur la structure de ces tumeurs les font ranger parmi les sarcomes, mais avec de nombreuses variétés : myxo-sarcomes dans un certain nombre de cas (observation personnelle, Soltmann, Steinthal, Schustler, Pick, Le Dentu) ; fibro-sarcomes

dans les cas de Marsh, Ahlfeld, Demme, Körner ; et quelquefois, myxome presque pur, comme dans l'observation d'Ivor Thomas.

Dans un certain nombre de cas (observ. personnelle, Kolisko...), on a rencontré des fibres musculaires. Kolisko a émis l'opinion que ces fibres étaient spécifiques du sarcome de l'enfance et va même jusqu'à dire que dans les cas publiés avant lui ces fibres existaient, mais avaient passé inaperçues. Rien n'est moins prouvé ; la vérification minutieuse des cas antérieurs n'a pas permis de les retrouver, et un certain nombre de cas nouveaux (Le Dentu. Rabé. Piéchaud et Guyot) mentionnent l'absence de ces fibres musculaires.

On peut rencontrer des fibres musculaires lisses, dont l'abondance est des plus variables ; dans quelques cas, elles formaient une part importante de la tumeur et d'autres fois, n'étaient visibles qu'en de tout petits points de la coupe (Rollin).

On n'a pas trouvé de tissu cartilagineux dans les sarcomes du vagin de l'enfance, analogue à celui qui a été signalé dans les tumeurs analogues du col utérin, chez la femme adulte.

Notons enfin, comme particularités intéressantes, l'existence d'un véritable tissu caverneux bourré de vaisseaux dans les cas de Schuchardt et de Walstein, et la présence d'îlots épithéliaux, dans l'observation d'Hauser.

SYMPTOMES

Début. — Le premier symptôme de cette affection n'est pas toujours le même, et quand la tumeur débute dans le vagin, elle peut rester latente pendant une assez grande partie de sa période intravaginale, évoluant sur place, et ne déterminant pas de suite des troubles importants.

Dans quelques cas, c'est la tumeur elle-même, qui constitue le premier signe, par son apparition avant tout phénomène fonctionnel ou douloureux : chez la petite malade de Demme, par exemple, où dès la naissance la mère remarqua entre les deux petites lèvres, une grosseur du volume d'un pois. C'est également la tumeur qui appelle en premier lieu l'attention dans les cas de Braun, Gaillard Thomas, Frick ; dans celui de Howard Marsh, où c'est encore la maman qui voit sortir du vagin de sa petite fille quelque chose d'analogue à un grain de raisin blanc, sans qu'il y ait en même temps

ni hémorrhagie, ni douleurs, ni difficulté de la miction.

Pareil tableau egalement, chez la petite malade de M. de Saint-Germain, et chez celle que nous avons soignée dans le service de M. le professeur Kirmisson. Quelquefois (observation de Guersant), une circonstance étrangère a l'affection, la fait remarquer plus tôt : des vomissements, par exemple, dont l'effort favorise l'issue de la tumeur hors du vagin, d'où elle ne sortait pas, en temps habituel.

D'autres fois, le premier signe observé, est l'hémorrhagie vaginale : hémorrhagie abondante (Galabin, Piéchaud et Guyot) ou léger écoulement sanguinolent (Le Dentu, Ganghofner, Ivor Thomas). Le cas de Piéchaud et Guyot est particulièrement intéressant, nous offrant comme premier symptôme, une forte hémorragie, durant, d'après les renseignements de l'entourage, une vingtaine de minutes.

L'écoulement vaginal, au lieu d'être hémorragique est quelquefois purulent (Schustler). D'ailleurs, cet écoulement purulent, s'il n'est que rarement le premier signe, se retrouve plus tard dans un grand nombre d'observations.

Dans quelques cas, le premier phénomène de la tumeur est une douleur éprouvée par l'enfant au niveau de la vulve ou dans le bas-ventre, douleurs quelquefois très vives, arrachant des cris à l'enfant (Guersant). C'est encore une constipation opiniâtre occasionnée par

l'effacement de la cavité rectale ; des troubles de la miction : fréquences, difficulté dans l'émission des urines, pouvant aller jusqu'à une rétention absolue par compression mécanique du col de la vessie, et occasionnant des efforts incessants et douloureux.

A la période d'état de la tumeur, qu'elle soit intra-vaginale, ou apparente à la vulve, on peut observer une série de symptômes fonctionnels, physiques et généraux.

Symptômes fonctionnels. — Les hémorrhagies ne manquent guère ; tantôt sous la forme d'un léger écoulement sanguinolent, pouvant se prolonger six à huit semaines (Holländer), tantôt, constituant des pertes abondantes qui plongent rapidement la petite malade dans un état extrême d'anémie. D'autres fois, les parois vaginales sont le siège d'un suintement purulent plus ou moins fétide, tachant le linge (Power, Pick, Schustler, Marsh, Guersant).

Les troubles de la miction, et surtout la rétention d'urine, amenant une augmentation exagérée du volume du ventre, sont les plus importants, et les plus fréquents (Guersant, Traetzl, Pick, Arcy Power). Ce symptôme revêt même quelquefois une gravité particulière, comme le cas d'Arcy Power, où aucune miction n'avait eu lieu depuis quarante-huit heures et où, de plus, le cathétérisme étant impossible, on dut pratiquer une ponction hypogastrique. Quelquefois, mais plus ra-

rement, au lieu de rétention, on a de l'incontinence (Marsh, de Saint-Germain).

Les phénomènes rectaux sont moins importants et passent au second rang ; c'est de la difficulté dans la défécation (Guersant) allant même jusqu'à la rétention des matières (Traetzl), ou, au contraire, de la diarrhée (Ahlfeld, de Saint-Germain).

Les douleurs sont aussi souvent signalées ; elles apparaissent ordinairement d'une façon tardive et coïncident avec la réplétion et la distension du vagin, ainsi qu'avec la rétention d'urine : l'enfant souffre, se plaint par des cris et fait des efforts pénibles. Les douleurs siègent dans le bas-ventre, dans les aines, apparaissant d'une façon intermittente, et disparaissant lorsque la tumeur fait issue au dehors ou est enlevée chirugicalement.

Symptômes physiques. — Lorsque la tumeur est intra-vaginale, les différents signes précédents permettent de la soupçonner, le toucher vient confirmer son existence. Cette manœuvre est d'ailleurs facilitée chez les enfants grâce à la distension qu'a subie le vagin.

On sent alors une masse spongieuse plus ou moins irrégulière, à surface lisse, que le doigt peut en général contourner car la tumeur est rarement adhérente à la paroi. On peut en apprécier le point d'implantation et les limites qui sont ordinairement assez nettes. Mais il

est des cas où la tumeur est si développée qu'elle peut remplir le bas-ventre, remontant vers l'ombilic, grâce à un développement extraordinaire du vagin.

Dans un grand nombre de cas, on trouve le conduit vaginal bourré de productions polypeuses, molles, implantées sur une base épaisse : ces polypes sont sphériques ou ovoïdes, sessiles ou pédiculisés, plus ou moins tassés les uns contre les autres, et souvent insérés sur une tige commune, comme des grains de raisin. Toutefois, il n'en est pas toujours ainsi : dans le cas de Braun, c'est une masse rougeâtre, non lobulée, qui présente en son centre une dépression par laquelle on peut pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. Dans le cas de M. Le Dentu, elle était homogène et ne présentait pas de disposition polypeuse.

Lorsque la tumeur s'échappe définitivement par l'orifice vulvaire, souvent après un temps plus ou moins long pendant lequel elle y est apparue d'une façon intermittente, elle se montre sous l'aspect d'une masse charnue, friable, plus ou moins volumineuse, arrondie ou piriforme et se continuant avec la partie de la tumeur restée intra-vaginale. Dans le cas de M. Le Dentu, « la vulve offrait l'aspect de celle d'une « parturiente au moment où la tête fœtale commence « à s'y présenter ». Dans notre observation personnelle, c'est une masse volumineuse, masquant complètement la vulve, et revêtant la forme d'un demi-ovoïde à petite extrémité tournée en avant.

Comme dimensions, la tumeur varie suivant les observations, et surtout suivant l'époque de son évolution où elle est décrite. Nous ne pouvons donner une meilleure idée de son volume qu'en rappelant les comparaisons auxquelles ont eu recours les observateurs. Il s'agit d'un petit pois, dans le cas de Demme, d'un grain de raisin (Marsh), d'une grosse fève (Frick), d'une noisette (Braun, Ganghofner, Walstein, Rabé, Frick) d'une aveline ou grosse noisette (Guersant). Ivor Thomas et Babes parlent d'une noix ; Hollander, d'un œuf de pigeon. La tumeur a les dimensions d'un œuf de poule dans les cas de Huguet, Gaillard Thomas et le nôtre ; d'une petite poire (Piéchaud et Guyot) ; d'un œuf d'oie (Kuster, Galabin) et atteint enfin le volume d'un poing dans les observations de Pick et Traetzl.

Sa coloration est des plus variables : blanchâtre, gris rose, brune ou rouge foncé. La surface du néoplasme est mamelonnée, présentant des masses multiples insérées à un pédicule commun, et les auteurs parlent de fraises, de grains ou de grappes. L'aspect ordinaire est bien en effet celui de grains de raisins, qui, sessiles près de leur point d'implantation, deviennent piriformes et pediculés, à mesure qu'ils s'en éloignent. Ces grains rappellent quelquefois par leur consistance et leur coloration l'aspect des polypes muqueux des fosses nasales. Dans notre observation personnelle, la surface de la tumeur, arrondie dans

son ensemble, est irrégulière, présentant de larges plaques de coloration blanc grisâtre, séparées les unes des autres par des sillons profonds, beaucoup plus rouges. Çà et là, surtout à la partie supérieure, on voit quelques petites saillies, arrondies et framboisées.

Les lobes ou grains sont quelquefois extrêmement pressés les uns contre les autres, au point que les sillons qui les séparent deviennent linéaires, et que la surface du néoplasme ressemble à une mosaïque (Braun).

La tumeur intra ou extra-vaginale est rarement ulcérée : elle l'est quelquefois, cependant (Ahfeld), et il arrive même qu'elle se détruise à peu près complètement par sphacèle comme dans le cas de Piéchaud et Guyot.

Pour terminer l'examen, on ira à la recherche du col utérin, rarement accessible, et par le toucher rectal, on pourra se rendre compte de l'envahissement et du volume du néoplasme.

Signes généraux. — L'état général des petites malades peut se maintenir bon pendant assez longtemps (observation personnelle), surtout tant que la tumeur n'occasionne pas, par son volume, des troubles de compression du côté de la vessie et du rectum. Mais quand les phénomènes fonctionnels sont un peu accentués, l'enfant perd rapidement ses forces et tout appétit (Marsh). C'est ainsi que dans l'observation de

Piéchaud et Guyot, nous voyons le tableau clinique suivant : « La tumeur continuant à se développer, « l'état général de la petite malade se modifie. Apy- « rétique au début, elle devient fébricitante ; son appé- « tit disparait avec ses forces, et au bout d'un mois, « on constate un amaigrissement notable, qui con- « traste avec l'augmentation du volume du ventre. »

DIAGNOSTIC

L'étude que nous avons faite, au point de vue des symptômes des tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez l'enfant, nous montre combien peu on devra s'attarder à l'interprétation des signes fonctionnels survenant dans la sphère génitale. En principe, il faudra se méfier de toutes pertes sanguinolentes par la vulve et ne pas attendre qu'un examen physique révèle d'une façon irréfutable, l'existence d'un néoplasme qui, lentement, sournoisement, se développe et grandit.

La constatation dans le vagin des masses polypeuses que nous avons précédemment décrites, ne peut laisser de doutes sur leur nature maligne (sauf le cas très rare d'un polype vaginal) et, en général, le diagnostic de sarcome s'impose immédiatement. Toute tumeur de la vulve et du vagin est, d'ailleurs, rare chez les enfants et il s'agit presque toujours de sarcome. Des kystes ont été signalés par M. Huguier ; M. Quénu a

publié une observation de lipome congénital; Wilson, un cas de polype muqueux; mais ces lésions sont absolument exceptionnelles.

Dans un cas de papillome vaginal du à Lewis W. Marshall, il est bien probable qu'il s'agissait de sarcome analogue, par exemple, à ces tumeurs papillomateuses de Frick dont la structure avait les caractères microscopiques du sarcome à cellules rondes. (Rollin.)

La tumeur siégeant à la région clitoridienne, on ne confondra pas avec une *hypertrophie simple du clitoris et de son capuchon*, comme on l'avait fait tout d'abord dans le cas de M. de Saint-Germain, où la peau recouvrant la néoformation était de même coloration que celle des parties voisines, et où il n'existait aucune modification de vascularisation.

Dans le cas où la tumeur paraît s'insérer près du méat urinaire, la confusion pourrait être commise avec un *polype de l'urèthre* (obs. de M. Rabé). A propos de ce diagnostic, nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ce passage dont M. Rabé accompagne son observation : « L'examen local permet, le « plus souvent, de préciser le siège du mal, et l'ap- « parition, au vestibule, d'un polype dont le pédicule « s'engage dans le vagin, interdit toute erreur dans la « localisation de la tumeur. Toutefois, de nombreux « observateurs insistent sur la confusion facile, au « moins au début, avec un polype de l'urèthre. Un

« médecin italien, Luigi Concetti, attirait, il y a quel-
« ques années (mars 1900), l'attention sur cette cause
« d'erreur, et, dans le cas que nous rapportons, le
« chirurgien avait admis au premier instant le dia-
« gnostic de polype de l'urèthre, qui fut modifié seu-
« lement après le résultat du cathétérisme. L'inspec-
« tion attentive de la région vestibulaire, et surtout
« le cathétérisme de l'urèthre s'imposent : ce dernier
« mode d'investigation permettra seul de s'assurer de
« l'intégrité des voies urinaires inférieures, et d'écarter
« l'existence ou d'un polype du conduit, ou d'une tu-
« meur de la vessie avec prolongement enclavé dans
« ce canal. »

Une autre affection peut ressembler, à première vue, aux tumeurs qui nous occupent : *le prolapsus de la muqueuse vésicale*, surtout quand il s'agit, comme dans notre observation personnelle, d'une récidive à surface lisse et non disposée franchement en grappe. Mais, l'enfant étant endormie, il devient facile de s'assurer qu'il s'agit d'une masse pédiculisée dure et non réductible.

Plus difficile est le diagnostic avec *un polype vaginal*. N'est-ce pas, en effet, le même tableau clinique, que nous trouvons dans le cas de polype, publié par Wilson : « Enfant, âgée de 3 ans 1/2, qui, dix mois après son entrée à l'hôpital, commença à souffrir ; puis, apparut un écoulement vaginal considérable jaune, épais, quelquefois teinté de sang. Pendant un

effort de miction, particulièrement violent, l'enfant poussa des cris, semblant souffrir plus que d'habitude et, en l'examinant à cette occasion, on trouva une grosse masse rouge pendant entre les cuisses. La tumeur avait le volume d'une grosse orange : elle était rouge vif sur la plus grande partie de sa surface, mais tachetée çà et là de plaques plus sombres. Le toucher et le cathétérisme firent reconnaître que la tumeur, indépendante de la vessie et du rectum, s'implantait par une large base sur la paroi postérieure du vagin. » Par conséquent, dans le cas possible, quoique très rare, où l'on soupçonnera un polype vaginal, le diagnostic ferme ne devra être posé que par l'examen histologique, après excision de la partie néoplasique procidente.

Et, cependant, des erreurs sont encore possibles. Dans l'observation de M. Le Dentu, la tumeur examinée une première fois, avait été déclarée être un polype du vagin ; l'examen microscopique, l'avait étiquetée « fibrome mou, tellement vasculaire qu'on pouvait se « demander s'il ne s'agissait pas d'un angiome. » La suite des événements ne confirma pas le diagnostic. M. Le Dentu pense que de telles confusions sont possibles, et que « dans certains cas, les parties les plus « périphériques de ces sarcomes végétants de l'enfance « peuvent ne pas posséder la même structure que « celles qui sont les plus rapprochées de leur base « d'implantation. »

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La marche de la maladie est essentiellement rapide. La mort paraît être très exceptionnellement la conséquence d'une métastase éloignée, mais bien de l'extension locale de la tumeur et de la cachexie qui en est la conséquence.

La grande tendance de la tumeur à s'infecter et à s'éliminer par nécrose, est le plus souvent la cause de la terminaison fatale. Après l'issue hors de la vulve, il se produit un écoulement sanieux et purulent, souvent d'une façon secondaire, apparaissent de la cystite et de la pyélonéphrite et quelquefois de la pyométrite, de la péritonite purulente. L'infection de la vessie et des voies urinaires est rendue particulièrement facile par la compression de l'urèthre du fait de la tumeur, d'où dilatation de la vessie, dilatation de l'urèthre et hydronéphrose.

La tumeur ne paraît faire que des métastases rapprochées, ainsi que le fait remarquer Veit ; cependant dans

le cas de Demme, on trouva à la place de l'ovaire gauche une tumeur sarcomateuse du volume d'une orange.

La durée, généralement courte, est assez variable, un mois et demi (Rabé); deux mois (Piéchaud); quatre, cinq, sept, huit mois (Frik, Le Dentu, Arcy Power, Schuchardt, Pick, Sanger); dix mois, un an (Gaillard Thomas, Th. Smith, Marsh, Guersant); enfin, deux ans (Braun) et exceptionnellement, sept ans : le cas de Demme.

Le pronostic est donc très sombre; il est d'autant plus grave que le diagnostic peut être méconnu pendant toute une période de latence symptomatique où il serait utile d'agir.

La récidive est d'ailleurs la règle, et à part quelques succès dont nous allons parler, on l'a vu survenir avec une rapidité désespérante : au bout de dix jours dans le cas de Rabé; d'un mois, chez la petite fille opérée par M. Le Dentu.

Quoique très sombre, le diagnostic n'est cependant pas absolument fatal, et nous avons pu enregistrer quelques cas heureux; en particulier celui de Frick, où la guérison persistait deux ans après l'intervention, et celui de Hollander, où quatre mois après l'opération, la malade sort de l'hopital sans aucune récidive. Il y aurait eu guérison également dans le cas de Huguet (rapporté dans la thèse de M. Rollin), et dans celui de Kuster; mais nous ne savons pas, pour ces deux

observations, si cette guérison s'est maintenue longtemps et si l'enfant a pu être suivie. Quant aux cas heureux d'Ivor Thomas et de Traetzl, ils sont moins intéressants, car il s'agissait, pour le premier d'un myxome, et le second n'avait été l'objet d'aucune analyse histologique.

TRAITEMENT

L'ablation est urgente et on appliquera là cette règle générale de la chirurgie du cancer, qui est d'enlever la totalité des tissus malades, en dépassant aussi largement que possible les limites du mal. Mais avant d'intervenir, on tranchera par un examen complet, la question de l'opérabilité ou non du neoplasme, question basée surtout sur ses connexions avec les organes voisins, et le degré de résistance de la malade. S'il est en effet facile et peu dangereux d'enlever une tumeur du vagin à ses débuts, chez une enfant encore bien portante, il n'en est pas de même, en présence de ces tumeurs énormes distendant le vagin, comprimant la vessie et le rectum dont elles infiltrent les parois, ayant envahi les zones génitales supérieures. Pour celles-ci, l'ablation nécessiterait des délabrements considérables et qui n'arriveraient pas le plus souvent à extirper tout le mal.

L'acte chirurgical dirigé contre les tumeurs malignes

de la vulve et du vagin consistera donc tantôt à enlever simplement la tumeur lorsque celle-ci est bien limitée, à ses débuts et que l'incision peut passer en tissus sains, tantôt à extirper en totalité le vagin l'utérus et même à aller à la recherche des masses ganglionnaires dégénérées.

Dans le premier cas de guérison publié : celui de Frick-Schuchardt, l'opérateur, Volkmann enlève la tumeur polypeuse et resèque une première fois la partie de la paroi vaginale postérieure correspondant à son point d'implantation. Dans une seconde intervention, il extirpe largement et profondément la récidive, et la moitié de la paroi postérieure du vagin.

Pour la petite malade de Holländer, on pratiqua l'ablation totale de l'utérus et du vagin suivant la méthode para-sacrée. Voici cette opération, telle que la résume Veit dans le *Handbuch der Gynaekologie* : « L'ablation commence derrière le pubis jusqu'au « sacrum et jusqu'à la pointe du coccyx. On sectionne « les muscles et les ligaments en respectant les artères « et nerfs honteux. Le rectum est poussé sur le côté, « puis détaché de la paroi postérieure du vagin. « Ensuite le vagin est libéré de ses autres attaches, le « péritoine ouvert et l'utérus est tiré par le cul-de-sac « de Douglas. Puis les attaches et ligaments de l'uté- « rus sont sectionnés sur toute leur hauteur, en ayant « soin que la tumeur maligne ne touche pas aux autres « organes voisins ; et tout le canal génital est enlevé ;

« on lui laisse seulement un rebord de 1 centimètre. »

Mettant à contribution les dernières méthodes instituées en vue du traitement des néoplasmes, nous avons appliqué à notre petite malade le traitement radiothérapique, après ablation chirurgicale de la tumeur primitive et de trois récidives, et cliniquement nous avons constaté son efficacité en ce sens que la nouvelle récidive ne continua pas à s'accroître.

Malheureusement, une circonstance accidentelle tout à fait indépendante de l'affection (épidémie de rougeole) vint interrompre notre expérimentation au moment où elle allait probablement donner un résultat. Malgré cette terminaison doublement déplorable, l'examen des vestiges de la tumeur (donnés par l'autopsie) nous permet toutefois de formuler quelques conclusions. Le microscope permet en effet de constater une tendance à l'atrophie et à l'organisation fibreuse de la tumeur : celle-ci changeait donc de caractères et s'acheminait vers un tissu cicatriciel.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs malignes de la vulve et du vagin chez la petite fille ne sont pas fréquentes. Elles s'observent surtout dans la première enfance et en particulier dans les deux premières années.

II. — Il s'agit généralement de sarcomes, et dans beaucoup de cas, le microscope révèle, comme dans notre observation personnelle, du myxosarcome.

III. — Les principaux symptômes sont : l'apparition de la tumeur elle-même, un écoulement vaginal hémorrhagique ou purulent, la douleur et des phénomènes de compression sur le rectum et surtout sur la vessie ; un ou plusieurs de ces signes pouvant manquer ou n'apparaître que tardivement.

IV. — Le diagnostic est en général facile. Toutefois dans le cas très rare, où l'on soupçonnerait un polype

vaginal, la question ne sera tranchée que par un examen microscopique attentif.

V. — L'évolution est rapide et la récidive de règle après l'ablation ou la chute par nécrose. Le pronostic est très sombre et subordonné dans une certaine mesure à un diagnostic précoce.

VI. — Le traitement doit être hâtif et énergique. Le traitement radiothérapique après ablation de la tumeur nous a paru utile, et il est à souhaiter que des tentatives dans cette voie puissent être poussées plus loin que dans le cas qui a servi de point de départ à notre travail.

Vu : par le Doyen,
DEBOVE.

Vu : par le Président,
KIRMISSON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Lebert, 1851. — Traité pratique des maladies cancéreuses.

Guersant, 1854. — Moniteur des Hôpitaux.

Krauss, 1855. — Oest. Zestch. f. Kind. Wien.

Oxley, 1874. — Cancer chez l'enfant. Liverpool et Manchester, reports 1874, t. II.

Duzan, 1876. — Thèse de Paris.

Wilson, 1876. — Medical times and gaz.

Le Vaillant, 1881. — Thèse de Paris.

Chauveau, 1883. — Thèse de Paris.

De Saint-Germain et *Launois*, 1883. — Revue des maladies de l'enfance.

Picot, 1883. — Revue méd. de Suisse romande.

Frick, 1884. — Inaug. dissert. Halle.

Quénu, 1890. — Bull. de la Société de Chirurgie.

Sassy, 1891. — Thèse de Montpellier.

Bernard, 1895. — Thèse de Paris.

Mariage, 1895. — Thèse de Paris.

Ivor Thomas, 1897. — British med. journal.

Huguet, 1897. — Bull. de la Société de Chirurgie.

Braun, 1896. — Inaug. dissert. Greifswald.

Veit, 1897. — Haudbuch der gynaekologie.

Ahlfeld, 1880. — Arch. f. gynaekol. XVI[e].

Babes. — Ziemssens spec. Path. u. Ther. XIV.

Demme. — 19 Bericht des Jenner'schen Kinderhospital in Bern. und Granicher München, 1888

Hauser. — Virchow arch. Bd. 88, 1882.

Hollânder. — Zeitchr. f. Geb. u. Gynéc. Bd. 24, 1896.

Kolisko. — Wien. Klin. Wochenschr, 1889. n° 6, und folg.

Kôrner. — Inaug. Diss. Göttingen, 1892.

March, 1874. — Pathol. transact., London.

Marshall, 1889. — British. méd. journ., I, 127.

Pick, 1894. — Arch. für Gynaek. Bd. 46.

Rosenstein. — Virchow arch. Bd. CXII.

Sânger. — Arch. f. gynœk. Bd. XVI.

Schuchardt. — Zweiter Congr. d. Deutsch. ges. f. gyn. Halle 1888. Virchow arch. Bd. CXVII.

Schustler. — Wien. Klin. Vochenschr., 1888, n° 6, und 9.

Smith. — Amér. journ. of. obstétr., 1883.

Soltmann. — Jahrbùch f. Kinderheilk. N. F., Bd. XVI.

Steinthal. — Virchow arch. Bd. CXI

Strassmann, 1899. — Centralblatt fur gyn.

Luigi Concetti, 1900. — Archives de médecine des enfants.

Piéchaud et *Guyot*, 1901. — Congrès de Nantes.

Barrère, 1901. — Thèse de Bordeaux.

Fileux, 1902. — Thèse de Paris.

Le Dentu, 1904. — Clinique chirurgicale.

Rabé, 1902 — Archives de méd. des enfants et Revue de Gynécologie, 1903, n° 5.

Rollin, 1905. — Thèse de Paris.

Mauxion, 1905. — Thèse de Paris.

Martin (*H.*). — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales (article vagin).

Martin (H.). — Fibroser scheiden polyplein einen neugebornen zeit f. geburst. gyn. Band III, Heftz.

Wilson. — Medical Times and Gaz. avril 1876.

Küster. — Klinisch. archiv. f. chirurg. Bd. 12, p. 596.

Léa (Arnold). — The Lancet, 1899, t. I, p. 598.

Power (Arcy). — Saint Bartholomew's Hospital Rep. XXXI.

Walstein (Edmund). — Schmidt, Jahrbuch, Bd. 265, 1900.

Galabin. — Transact. of the obstetr. society of London, vol. 38, 1896.

Doran (Alban). — Transact. of the pathol. society of London, 1882.

Ganghofner. — Zeitchr für Heilkunde, Bd. IX, 1888.

Farnsworth. — Philad médic. reporter, vol. 25, août 1871.

Gebhart, 1902. — The Lancet, t. I, p. 439.

Gerhardts. — Haudbuch der Kinderkrankeiten, Bd. IV, p. 32.

Gaillard (Thomas). — American journal of obstetr., vol. VII.

Heckford. — Transact. obst. soc, vol. X, 1868.

Smith (Thomas). American journal of obst. 1883.

Walstein (Edmund). — Arch. f Gynäk, LVIII, 1889.

Tràetzl. — Allgemein. Wien. medic. Zeitg, 1863.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	7
Historique Travaux et observations	8
Fréquence. Etiologie	72
Siège et nature de ces tumeurs	74
Symptômes	78
Diagnostic	86
Évolution et pronostic	90
Traitement	93
Conclusions	97
Bibliographie	99

Paris. — Imprimerie Henri JOUVE, 15, rue Racine (6e)